

ESM – Formation & Recherche en
Soins
Université Paris Est Créteil/Val de Marne
Diplôme de Cadre de Santé



Le management éthique :
Curseur de la confiance pour le cadre
de proximité.

Jennifer Assabouh

DCS@16-17

Remerciements :

Dans le cadre de ce travail, je tiens en premier lieu à remercier Madame Isabelle Robineau-Fauchon pour sa disponibilité, son accompagnement et surtout pour m'avoir permis de mettre ce travail au profit de ma future fonction.

Je remercie toutes les cadres de santé auprès desquelles j'ai pu mener les entretiens ainsi que les soignants qui se sont pris au jeu en répondant à mon enquête.

Mes remerciements se tournent aussi envers Monsieur Patrick Farnault et Madame Morgane Le Gal pour leurs apports théoriques de qualité et leur accompagnement tout le long de l'année.

Je tiens enfin à remercier Géraldine et Marie-Pollen pour avoir été auprès de moi depuis le début de la formation et qui ont su adoucir cette année loin des miens.

Enfin, je dédie ce travail à mon mari pour sa patience et son soutien et à mes enfants Nassim et Farah à qui j'ai imposé mon absence et qui ont été les petits enfants les plus courageux à mes yeux.

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

Sommaire	
Liste des abréviations	
Introduction.....	4
1 D'une situation de travail à un questionnement	5
1.1 Contexte.....	5
1.2 Deux situations, un questionnement commun.....	6
1.2.1 Situation de déni.....	6
1.2.2 Situation de défiance.....	7
1.3 Mes motivations.....	8
1.4 Question de recherche	9
2 Cheminement vers une problématique	9
2.1 Le cadre de santé ; un décideur compétent.....	9
2.1.1 Un rôle de garant.....	9
2.1.2 Un rôle de décision.....	10
2.1.3 Des activités pour décider.....	10
2.1.4 Des compétences de décision	11
2.1.5 Un outil d'aide à la décision : la déontologie du soin.....	12
2.2 Le cadre de santé : d'une identité en construction à un positionnement.....	13
2.2.1 Une identité évolutive.....	13
2.2.2 Une déontologie cadre pour construire l'identité	14
2.2.3 Les relations de travail : D'un triangle relationnel aux mondes de Boltanski et Thévenot.....	15
2.2.4 Le cadre de santé : un manager communiquant.....	18
2.3 Les entretiens exploratoires	20
2.3.1 Du côté des soignants.....	20
2.3.2 Du côté des encadrants	20
3 Cadre conceptuel au regard d'une problématique.....	21
3.1 Problématique.....	21
3.2 L'autorité légitime du cadre ou comment légitimer son autorité.....	21
3.2.1 Avoir de l'autorité ou faire autorité	21
3.2.2 Le leadership : avoir de l'autorité sans faire preuve d'autorité.....	22
3.2.3 Un pouvoir légitime.....	23
3.2.4 La justification : nécessité managériale ou échec d'autorité	25
3.3 Le cadre de santé entre confiance, méfiance et défiance	25
3.3.1 La confiance : de l'intime à l'opérationnel.....	26
3.3.2 Méfiance et défiance, territoire des incertitudes	27
3.3.3 Relations de proximité.....	28
3.4 De la déontologie à l'éthique	29
3.4.1 « L'amont et l'aval du royaume des normes ».....	29
3.4.2 L'éthique appliquée et la prudence	29
3.4.3 L'éthique en situation	30
3.5 De l'éthique managériale au management éthique	30
3.5.1 L'éthique managériale : une direction à suivre.....	30
3.5.2 Le management éthique et la théorie des parties prenantes.....	31

3.5.3	La prise de décision éthique	32
3.5.4	Des principes éthiques au « walk to walk »	33
3.6	Proposition d'hypothèses	34
4	L'enquête de terrain	34
4.1	Sens de la recherche et méthodologie	34
4.2	Entretiens auprès des cadres de santé	35
4.2.1	Typologie des cadres interrogés	35
4.2.2	La proximité selon les cadres	36
4.2.3	La première posture	38
4.2.4	Les cadres face à une situation difficile	40
4.2.5	Des relations de travail sereines	41
4.2.6	La prise de décision :	43
4.2.7	La qualité principale du cadre	45
4.2.8	Réciprocité de la confiance	45
4.3	Questionnaires à l'attention des soignants	48
4.3.1	Profil des soignants interrogés	48
4.3.2	La relation soignant / cadre	48
4.3.3	Le cadre de proximité vu des soignants	49
4.3.4	Les critères du manager exemplaire	49
4.3.5	Un cadre aidant dans la difficulté	50
4.3.6	Critères aidants dans la difficulté	50
4.3.7	Lorsque le cadre n'est pas aidant que devrait-il mobiliser ?	50
4.3.8	Définition de la confiance	51
4.3.9	Un problème de confiance ?	51
5	Analyse des résultats	51
5.1	Analyse croisée de l'enquête	52
5.2	Mise en tension des hypothèses et des résultats	52
5.2.1	Hypothèse 1 : La proximité du cadre de santé est un levier de son éthique managériale	53
5.2.2	Hypothèse 2 : Le management éthique permet d'instaurer la confiance entre le cadre et les soignants	53
5.3	Synthèse en lien avec la théorie	53
5.4	Freins et leviers de la recherche	55
	Conclusion	56
	Bibliographie	57
	Annexes	

Liste des abréviations

AS : Aide-soignant

CH : Centre Hospitalier

EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

SSR : Soins de suite et de réadaptation

Introduction

La profession de cadre de santé demande à celui qui l'exerce de s'inscrire dans une démarche réflexive constante. Comprendre pourquoi il agit d'une manière et pas d'une autre devient alors un réflexe. C'est le gage d'une conscience qu'il a de lui-même et de ce qui l'entoure. C'est dans cet esprit que j'ai engagé ce travail de recherche.

Le cadre de santé est aujourd'hui un véritable manager. On le constate tout d'abord auprès des instituts de formations des cadres de santé (IFCS) qui incluent dans leur projet pédagogique des études universitaires autour du management, par exemple, le master « management des organisations soignantes » ou encore « management des établissements médico-sociaux ». Le management est aussi l'un des modules enseignés en IFCS (le module 4 : « fonction de management »). De plus, les réformes de santé instituées depuis une vingtaine d'années ont considérablement fait évoluer l'Hôpital. On parle aujourd'hui « d'Hôpital-Entreprise », de gestion et d'efficacité qui sont des termes faisant partie intégrante du management des établissements de santé. Le cadre de santé est alors un pivot dans cette nouvelle entreprise et il est au centre des différentes logiques de l'hôpital d'aujourd'hui.

Les missions du cadre ont certes évolué mais le facteur patient est toujours présent et peut être encore plus aujourd'hui. En effet, la loi du 4 mars 2002¹ met en avant ce patient qui auparavant subissait son hospitalisation et dont la relation aux soignants était inégale, à l'image du sachant et de l'ignorant. De plus en plus, les patients s'expriment et font partie intégrante de l'organisation des soins. Le cadre de santé, responsable d'unité de soin, intègre le patient dans la gestion de l'unité de soin au quotidien. Garantir la sécurité et la qualité des soins est alors, pour le cadre de santé, une finalité.

Cette finalité est empreinte de valeurs que le cadre a pour mission de faire vivre dans un service de soin. Ce sont alors les soignants qui vont agir selon les principes du soin. Le respect est la valeur première qui règne dans la notion de soin. Cette notion est portée aujourd'hui par le code de déontologie infirmier², socle des relations entre le soignant et le patient. Le cadre de santé, via son management, a la responsabilité des soins prodigués au patient.

Pour cela, le cadre a plusieurs cordes à son arc : ses activités, ses compétences, des procédures et il peut même adopter un style de management qu'il aura choisi pour mener à bien ses missions. Pourtant, cette addition de critères, permettant au cadre de gérer un service de soin, n'est pas si simple à poser. Si le système de santé et les patients ne sont plus les mêmes qu'il y'a 20 ou 30 ans, les soignants aussi ont pris une autre direction dans leur rapport au travail. La surveillante d'antan, respectée par le statut et la crainte qu'elle inspirait a disparu au profit du manager de proximité. Cette proximité donne une dimension relationnelle importante au cadre de santé. Quel est alors l'enjeu de cette proximité ? Comment est-elle perçue par les soignants ? Comment le cadre se positionne dans cette proximité ? Quels en sont les risques et les bénéfices ?

Le travail de recherche, que je vais vous présenter, débute par un constat de départ vécu lors de mon expérience en tant que faisant fonction dans un hôpital de proximité en province. La proximité faisait partie intégrante de mon quotidien. J'exposerai, via deux situations, en quoi cette proximité a été l'élément déclencheur de mon questionnement et m'a amenée à penser le management sous l'angle éthique.

Après avoir exposé mes situations d'appel et le questionnement qui en découle, je ferai un focus sur le contexte de travail du cadre de proximité et sur ce qu'il met en œuvre pour manager les équipes soignantes. Cette réflexion, autour du contexte de travail du cadre, m'amènera à exposer des concepts, étayés par une phase exploratoire, dans le but d'affiner mon questionnement. A l'issue de cette nouvelle problématique qui a permis de me faire réfléchir sur des hypothèses de réflexion, je présenterai les résultats d'une enquête de terrain que j'ai menée auprès de professionnels soignants. L'analyse des résultats me permettra, enfin, de confirmer ou non mes hypothèses.

¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

² Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, Code de déontologie des infirmiers

1 D'une situation de travail à un questionnement

C'est dans une démarche réflexive que j'ai souhaité engager ce travail autour de deux situations de travail vécues lors de mes deux années en tant qu'infirmière faisant fonction cadre de santé, au sein d'un centre hospitalier de proximité, en province. Pour mieux cerner sur quoi se base mon questionnement, j'ai souhaité faire un focus sur le contexte.

1.1 Contexte

La France compte 4500 établissements publics sanitaires ou médico-sociaux et un peu moins de 2000 établissements privés. Ces établissements sont souvent les premiers employeurs locaux, que ce soit en province ou en Ile de France. L'Hôpital est donc un milieu de travail à part entière, ayant connu de grandes transformations au cours des années 2000. La création des pôles d'activité en 2005³, consacrée par la Loi Hôpital-patients-santé-territoire du 21 juillet 2009, ont réorganisé l'Hôpital et on fait naître de nouvelles fonctions (cadre de pôle, chef de pôle). A l'intérieur de ces pôles sont répartis, le plus fréquemment par type d'activité, des unités de soin. Le cadre de proximité intervient alors au sein de ces unités qui sont pour lui son milieu de travail direct et dans lesquelles il exerce ses fonctions d'encadrement.

L'établissement dans lequel j'exerce depuis 2001 est un centre hospitalier né après-guerre dans une ville de 17000 habitants. Le secteur de la commune présente un terrain d'employabilité assez important tournant autour de plusieurs grandes entreprises comme : Une manufacture de renom née au 19^{ème} siècle, une grande entreprise de fabricant d'ascenseur, une centrale nucléaire ou encore un fabricant de papier domestique. Le parc hospitalier est aussi un important employeur dans ce secteur car il emploie près de 900 salariés entre la polyclinique, la clinique psychiatrique et le centre hospitalier. De nombreuses familles du secteur travaillent au sein de ces différents établissements. Depuis les trente-glorieuses, historiquement, les femmes travaillaient à l'hôpital ou à la faïencerie lorsque les époux travaillaient à la centrale ou dans les entreprises de la ville. Le centre hospitalier est un établissement comprenant à lui seul plus de 600 salariés où plus de la moitié des agents y font leur carrière⁴. Aujourd'hui, une centaine de soignants est dans ses cinq dernières années d'exercice⁵ et une majorité d'entre eux a effectué sa carrière complète au sein de l'établissement. Pendant ces 30 dernières années, les enfants du personnel avaient des places réservées pendant la période estivale pour effectuer des remplacements dans les services. Cette politique de ressources humaines a fait naître des familles de soignants au sein du même établissement et je fais partie de l'une de ces familles. La proximité au sein de l'établissement prend alors plusieurs facettes et les différents milieux cohabitent (cercle professionnel, amical et familial).

Mon parcours professionnel m'a permis d'occuper de nombreux postes (ASH, AS, IDE, Faisant fonction cadre de santé) et d'appréhender chaque unité de soin de la structure. Mon parcours d'IDE s'est fait exclusivement de nuit, ce qui m'a permis d'acquérir une réelle autonomie en termes d'organisation et de prise de décision. Cette autonomie était potentialisée par l'absence physique d'un cadre de santé. En 2014, j'ai exercé des fonctions d'encadrement auprès de l'équipe de nuit, en réponse à de nombreux besoins exprimés par les agents.

Le travail de nuit a été pour moi très formateur et le fait de pouvoir être le porte-parole d'une équipe, le garant du travail effectué pour les agents qui étaient en demande de reconnaissance, m'a permis d'appréhender les responsabilités d'un cadre de santé. Le poste de faisant fonction n'est pas un poste reconnu par un statut officiel mais il permet de répondre à une demande qui est de plus en plus prégnante dans un système où les besoins de

³ Plan hôpital 2007, Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, en ligne www.legifrance.gouv.fr

⁴ Ressources Humaines du Centre Hospitalier, lieu des situations de départ

⁵ Projet d'établissement 2010-2015 dudit Centre Hospitalier

reconnaissance⁶ sont accrus. La coopération et l'esprit d'équipe est un point fort de l'organisation de nuit pourtant, le risque est le travail en vase clos. En effet, la non visibilité physique des agents auprès de la hiérarchie, de l'administration et des autres professionnels de santé (médecins, médico-techniques), peu faire naître un sentiment de « non appartenance ». Ainsi, les différentes réunions, les synthèses de service sont autant d'outils de travail qui peuvent être ressentis comme inaccessibles (horaires inadaptés, pas d'invitation, ordre du jour non adaptés) et renforcent le sentiment de cette « non-appartenance » à un service. Ce sentiment est parfois renforcé par le fait que les équipes de nuit ne sont pas toujours affectées à un service et connaissent une mobilité importante au sein d'un établissement. Pour ces raisons, la présence d'un responsable, qu'il soit cadre ou qu'il en exerce les fonctions, est légitimée par ces différentes particularités de l'équipe de nuit. Je n'ai donc pas souffert d'un manque de légitimité auprès de mes collègues lorsque j'ai occupé ces fonctions. Cette place de lien entre le jour et la nuit était une réelle attente et une nouveauté dans l'établissement.

Pour ma recherche j'ai choisi de mettre en relation deux situations managériales que j'ai vécues lors de mon affectation en tant que faisant fonction cadre de santé de jour, dans un service de soin de suite et de réadaptation (SSR). Après 6 mois passés sur des fonctions d'encadrement de nuit, la nouvelle direction a souhaité revoir sa politique managériale et mettre en place un encadrement par service, avec une prise en charge de l'équipe de nuit par tous les cadres de jour. J'ai donc intégré l'unité SSR avec le souhait de mettre à profit mon expérience professionnelle, de m'inscrire dans les différents projets du service et de maintenir ce lien entre les équipes de jour et de nuit.

1.2 Deux situations, un questionnement commun

Les deux situations managériales, m'ayant conduite à m'interroger sur une problématique professionnelle, sont différentes pourtant elles mettent en exergue les difficultés que peut rencontrer un cadre de santé de proximité dans ses prises de décision, et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de décisions complexes sur les pratiques d'un agent.

1.2.1 Situation de déni

La première situation concerne une décision que j'ai dû prendre concernant un infirmier ayant un an de diplôme et ayant exercé auparavant comme aide-soignant au sein du même établissement. L'infirmier, récemment diplômé, a été affecté à l'équipe de nuit dès sa prise de poste. Il travaillait en binôme avec les aides-soignants dans un service de soin, mais avait un roulement sur l'année dans trois services de l'établissement, comme l'ensemble de l'équipe de nuit. Rapidement les difficultés se sont faites ressentir. Régulièrement son travail était source de réclamation de la part des équipes de jour tout d'abord, puis de ses collègues de nuit ensuite. Les difficultés retenues au début étaient de l'ordre d'une désorganisation dans son travail. Lors des entretiens annuels d'évaluation, les aides-soignants, avec qui il travaillait en binôme, mettaient en avant ce manque d'organisation. Par exemple, il était fréquent qu'il termine ses soins avec des traitements préparés mais non injectés, ne sachant pas à qui ils étaient destinés. De plus, les transmissions qu'il faisait le matin auprès de l'équipe de jour n'étaient pas de qualité car il se trompait régulièrement de patient. Ces différents problèmes de l'ordre de l'erreur professionnelle, ont provoqué une rencontre entre l'agent et moi. Avant de prendre cette décision, il m'a fallu réfléchir sur la manière d'aborder le sujet car je n'avais pas eu, jusqu'alors, l'occasion de vérifier ses manquements, hormis lors des transmissions du matin. Avant notre rencontre il a commis une erreur vérifiable, ce qui a appuyé mon positionnement pour cet entretien. En effet, l'infirmier a effectué un bilan sanguin⁷ à un patient en fin de vie imminente et le facteur aggravant a été son choix de prélever en artériel car au bout de trois essais il ne réussissait pas.

⁶ Phaneuf.M. *La reconnaissance du personnel - une nécessité pour la qualité des soins*. Avril 2013. En ligne <http://www.prendresoins.org>

⁷ Dans ce service les bilans sanguins de contrôle sont planifiés systématiquement une fois par semaine à partir du jour d'arrivée du patient.

L'agent a ici manqué de discernement, de compétence, de connaissance et n'a pas agi dans l'intérêt du patient en qualité de responsable de ses actes.

Le code de déontologie infirmier⁸ mentionne que « *L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient. Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science* »⁹ et que « *L'infirmier est personnellement responsable de ses décisions ainsi que des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre son indépendance, la qualité des soins ou la sécurité des personnes prises en charge. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses actes professionnels et ses prescriptions à ce qui est nécessaire à la qualité et à la sécurité des soins* »¹⁰. Dans le cas de cet infirmier, ces règles professionnelles ont été négligées. Suite à l'entretien, l'infirmier ne niait pas les faits mais n'en comprenait pas la gravité. Il ne saisissait pas le sens de ma décision qui était de le positionner sur un poste de jour pour qu'il y ait un suivi dans l'amélioration de ses compétences. Il vivait cette décision comme une injustice. Quelques semaines après la décision validée par la direction des soins, l'infirmier a posé une requête auprès de la coordinatrice des soins expliquant que cette décision avait été prise de manière injuste car je connaissais personnellement une aide-soignante avec qui il travaillait et qu'il y avait un défaut éthique dans ma décision. Ma première interrogation naît de cette situation à laquelle je ne m'attendais pas. Le déni de l'agent sur son défaut de professionnalisme s'est transformé en un manque d'éthique managériale de ma part. Ainsi, je me demande comment le cadre de santé doit se positionner lorsque ses décisions sont discréditées ? Comment l'éthique du cadre peut-elle être remise en question ? La justification de la décision serait-elle une aide ou au contraire serait-elle délétère pour le cadre de santé ? La proximité relationnelle entre le cadre et les soignants biaise-t-elle son jugement ?

1.2.2 Situation de défiance

Cette situation managériale a fait écho avec une seconde situation qui est apparue peu de temps après. Depuis plusieurs mois, le nom d'une aide-soignante de nuit apparaissait dans les différents conflits d'équipe. Cette aide-soignante avait débuté sa carrière en Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) où elle vivait régulièrement des conflits avec ses collègues, ce qui a décidé l'ancienne direction de l'établissement de lui proposer une mobilité sur le pôle médecine de nuit. Rapidement, les équipes de jour se plaignaient de son comportement, sans pour autant expliciter par des faits ce qui n'était pas professionnel. Selon David Vaidis¹¹ : « *Les attitudes ne sont pas des objets facilement accessibles* ». Ainsi, les comportements inappropriés sont difficiles à évaluer, d'autant plus lorsque cela ne repose que sur du déclaratif. L'aide-soignante était, à l'époque, stagiaire¹² en attente de titularisation. Je devais la rencontrer dans le cadre d'un entretien professionnel pour émettre un avis sur la décision de sa titularisation. Avant notre rencontre, une patiente du service avait demandé à me rencontrer pour m'évoquer une situation conflictuelle avec un membre de l'équipe. Il s'est avéré que l'aide-soignante que je devais rencontrer avait eu un comportement inadapté auprès de cette patiente. Elle aurait été discriminante quant au poids de la personne qui ne réussissait pas à se coucher seule et que la réponse de l'agent aurait été « *Avec les autres vous y arrivez et moi j'ai mal au dos donc je ne vous aiderai pas et puis quand je vois votre gabarit, j'ai pas envie de me péter le dos* »¹³. La patiente m'expliquait que ce n'était pas la première fois mais que c'était allé trop loin. Ici, l'aide-soignante a manqué de professionnalisme et je devais tenir compte de cette situation lors de mon évaluation prochaine en vue de sa titularisation.

⁸ Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, code de déontologie des infirmiers, en ligne www.legifrance.gouv.fr

⁹ Art. R. 4312-10. Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, code de déontologie des infirmiers. Op cit

¹⁰ Art. R. 4312-32. Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, code de déontologie des infirmiers. Op cit

¹¹ Vaidis, D. *Attitude et comportement dans le rapport cause-effet : quand l'attitude détermine l'acte et quand l'acte détermine l'attitude*. Linx. Revue des linguistes de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense. n° 54. 2006. En ligne <https://linx.revues.org/>

¹² Le stage est une période probatoire, destinée à vérifier l'aptitude du fonctionnaire à exercer ses fonctions

¹³ Propos rapportés par la patiente, rapport circonstancié de la situation.

Le principe de non-discrimination, mentionné dans les règles professionnelles¹⁴, n'était pas respecté : « *L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale. Il leur apporte son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge.* »¹⁵. C'est forte de ces faits que j'ai rencontré l'aide-soignante qui, à la différence de l'infirmier de la situation précédente, niait les faits. Elle me demandait comment je pouvais savoir ce genre de choses sans être présente auprès d'elle la nuit. Elle a adopté un comportement de défiance et a mis en avant le fait que je ne la connaissais pas, que jusqu'à présent toutes ses évaluations étaient correctes et que lors de nos prochaines rencontres elle serait accompagnées d'un représentant du personnel¹⁶. J'ai émis un avis défavorable à sa titularisation accompagné d'un rapport circonstancié. Après un entretien avec la coordinatrice des soins dans le cadre du report de sa titularisation, l'aide-soignante a mis en exergue mes relations familiales avec d'autres agents de l'établissement en expliquant qu'elle ne s'entendait pas avec certains d'entre eux et que c'était certainement l'une des raisons pour lesquelles j'avais émis un avis défavorable. L'aide-soignante n'a finalement pas été titularisée car d'autres faits sont venus corroborer mon premier avis. De plus, les cadres qui l'avaient eu, auparavant, au sein de leurs équipes, ont apporté de nouveaux éléments quant à son comportement non bien traitant auprès des patients mais aussi auprès de ses collègues.

Cette défiance, présente dès le premier entretien, m'a de nouveau interrogée sur mes capacités à décider et à faire respecter mes décisions :

- En quoi mes compétences décisionnelles n'étaient pas reconnues ?
- Au regard de mes relations personnelles avec plusieurs membres de l'établissement, comment me positionner lors de conflits interprofessionnels ?
- Comment le cadre peut-être dans une posture d'autorité lorsque son éthique managériale est mise en doute ?
- Comment se construisent les capacités de jugement du cadre de santé ?
- Quelle posture adopter face à un comportement de défiance ?

1.3 Mes motivations

Le travail de recherche, dans le contexte de la formation cadre de santé, est alors pour moi le moyen de prendre du recul sur ces situations et d'avoir une réflexion sur les enjeux du rôle du cadre de santé. En tant que future cadre, mes fonctions m'amèneront de nouveau à devoir me positionner et décider dans cet établissement. Mon choix dans l'exposé de ces situations m'amène à tenter de comprendre comment le cadre peut réussir à manager sans que des doutes soient émis sur ses compétences décisionnelles, quel que soit le contexte de proximité personnelle entre lui et les membres de l'équipe encadrée. Lorsque les relations personnelles entrent dans le monde du travail, le cadre peut-il alors rester juste et garder un positionnement éthique ? Les situations d'appel que j'ai choisies n'interrogent pas le positionnement du cadre envers ses proches mais plutôt envers tous les membres de l'équipe dont il a la responsabilité, quelles que soient les relations extra-professionnelles qu'il entretient avec eux.

¹⁴ Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, code de déontologie des infirmiers, en ligne www.legifrance.gouv.fr

¹⁵ Art. R. 4312-11. Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, code de déontologie des infirmiers, en ligne www.legifrance.gouv.fr

¹⁶ L'aide-soignante de la situation était aussi déléguée du personnel

1.4 Question de recherche

Ces situations managériales ont donc été, pour moi, sources de nombreuses interrogations quant aux relations de travail entre un cadre de santé et les membres de son équipe. Entre la défiance et les doutes sur son intégrité, je me suis longuement interrogée sur ce qui m'avait posé le plus de difficultés. J'ai souhaité orienter ma question de recherche sur ce qui permettait au cadre de santé de faire accepter et reconnaître ses décisions. Ma question de départ est :

En quoi le positionnement du cadre de proximité peut mettre en jeu ses prises de décision ?

Cette question de recherche est un préalable à ma problématique qui me permettra par la suite d'affiner mon raisonnement.

2 Cheminement vers une problématique

Ma recherche débute par une compréhension du contexte de travail d'un cadre de santé d'unité de soin, puis par un questionnement exploratoire, auprès de professionnels de santé, me permettant de valider ma question de départ.

2.1 Le cadre de santé ; un décideur compétent

Entre les missions et les activités, il me paraît essentiel de débiter ce travail par un retour sur le rôle du cadre de santé de proximité au sein d'une organisation de travail et auprès des différents acteurs du soin. J'ai choisi de mettre en exergue certaines de ses activités et de ses missions, au regard du référentiel des activités et compétences du cadre de santé, en lien avec mes situations d'appel, puis de rechercher ce que disent les auteurs sur le rôle décisionnel du cadre.

2.1.1 Un rôle de garant

Historiquement, le cadre de santé, hier surveillant et expert en soin, est aujourd'hui devenu un manager. Ses missions se sont précisées et l'arrêté du 18 août 1995 statue sur la formation de ce corps de métier via ses missions générales. L'annexe 1¹⁷, du texte officiel, rappelle l'importance de la qualité de l'encadrement : « *Le bon fonctionnement de nos structures de santé, qu'elles soient hospitalières ou de formation, dépend largement de la place des cadres de santé et de leur compétence, qui est déterminante pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants* ». Aussi, il est rappelé dans cette annexe, via la formation, les missions principales qui sont l'essence même du travail de cadre de santé : « *Elle¹⁸ contribue à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de formation des personnels et de gestion des équipes et des activités* ».

Selon le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)¹⁹ le garant est « *une personne répondant de ses propres actes, de ceux d'autrui ou de la réalité de quelque chose* ». Cette définition permet de comprendre le rôle essentiel du cadre de santé et d'en faire apparaître la notion de responsabilité. La notion de responsabilité est alors l'enveloppe de la profession. Le cadre de santé est responsable d'un service de soin, de son bon fonctionnement pour, in fine, être responsable de la qualité et de la sécurité des soins qu'il garantit.

¹⁷ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé ; journal officiel n°193 du 20 août 1995

¹⁸ La formation des cadres de santé

¹⁹ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, en ligne <http://www.cnrtl.fr/>

Cette responsabilité s'inscrit dans son exercice quotidien et est la finalité de sa profession : « *Le cadre de santé, responsable de secteur d'activités de soin, inscrit son activité au service de la prise en charge du patient* »²⁰. Assumer cette responsabilité incombe au cadre de mettre en place différentes activités en lien avec ses objectifs de travail et de faire intervenir ses compétences d'encadrement.

2.1.2 Un rôle de décision

Henri Mintzberg²¹ énonce 10 rôles que le cadre occupe dans son activité quotidienne. Dans le contexte de ma recherche, je me suis intéressée au rôle de décideur du cadre de santé. Les 10 rôles du cadre peuvent se regrouper en trois parties : les rôles interpersonnels, les rôles liés à l'information et les rôles décisionnels. Le rôle de décideur englobe 4 activités. Henri Mintzberg le décrit comme « *la partie la plus cruciale du travail du cadre* »²² car il le place dans une situation où il doit choisir, se positionner et assumer sa décision. Le cadre saisit alors que décider c'est s'engager et comprendre que pour toute décision il y'aura un avant et un après.

Les 4 activités incluses dans ce rôle sont :

- *Le cadre entrepreneur*. Il observe, délègue, supervise et autorise. C'est une action volontaire pour le cadre. Il est à l'initiative de la décision, par exemple : lorsque le cadre décide de mettre en place des formations tutorat parce qu'il estime que le service manque de compétence dans un domaine.
- *Le cadre régulateur*. Il agit sur les mêmes principes mais il est en situation non volontaire. Il ne contrôle pas toute la situation et agit parce qu'il le doit. Le cadre de santé intervient comme régulateur pour gérer les conflits au sein du groupe, par exemple.
- *Le cadre répartiteur de ressources*. Il est en position stratégique et estime ses ressources pour faire vivre l'organisation. Dans ce rôle, le cadre de santé peut, par exemple, après avoir observé les problématiques liées à l'activité dans son unité de soins, décider d'une réorganisation du temps de travail.
- *Le cadre négociateur*. Il représente l'organisation et décide, en fonction des besoins de celle-ci, de négocier. On peut citer l'exemple de la négociation dans le contexte des demandes d'indemnités de remplacement sur l'arrêt maladie d'un agent.

Les quatre manières de faire vivre le rôle de décideur du cadre impliquent que celui-ci connaisse plus précisément en quoi et comment il peut décider.

2.1.3 Des activités pour décider

Le référentiel d'activités et de compétences²³ met en avant 7 activités principales du cadre de santé et 8 compétences nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Je relèverai ici les activités et les compétences permettant au cadre d'avoir un regard éclairé dans ses prises de décisions.

²⁰ Ibid

²¹ Mintzberg. H. *Le manager au quotidien- les dix rôles du cadre*. Editions-Organisations. 2ème édition. Paris. 2016. chap4 p65-p111

²² Ibid p87

²³ *Référentiel d'activités et de compétences des cadres de santé*, document de travail, Ministère des Affaires sociales et de la santé, décembre, Direction Générale de l'Offre de Soins, décembre 2012

- L'activité n°1 « *Conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées* ».

Dans cette activité je relève, dans un premier temps, un point essentiel qui est : « *le contrôle de la réalisation des soins et des prestations associées* ». Être soignant demande une technicité et un comportement adaptés, au patient tout d'abord, puis aux situations de soin. Ici, le cadre de santé garantit que cette technicité et ce comportement de soignant soient effectifs et de qualité. Par exemple, les temps d'échange informels auprès des agents, sur des situations de travail problématiques par exemple, menés par le cadre sont une illustration de cette activité. Ce sont les valeurs du soin, telles la bienveillance, le respect et la dignité, qui le guident dans sa capacité critique à juger la qualité de ce qui est apporté au patient.

- L'activité n°3 : « *Management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles* ».

Cette activité concrétise la coordination de l'équipe soignante autour des soins apportés aux patients. La communication instaurée par le cadre, sur l'organisation du service, sur les performances collectives et sur la transmission des bonnes pratiques, sert de guide aux soignants pour mener à bien leurs missions auprès du patient. C'est ici que le cadre fixe des objectifs aux soignants dans leur exercice quotidien. Lors de réunions de service, le cadre est en position d'animateur et ce moment formalisé peut lui permettre de coordonner les acteurs autour d'une organisation.

- L'activité n°4 : « *Gestion et développement des compétences* ».

Cette activité permet au cadre de santé d'être au plus près de ce que les soignants peuvent apporter en termes de qualité de soin. Ici, le cadre évalue, définit les besoins et réalise des actions en regard des objectifs qu'il a fixé au préalable. Les entretiens d'évaluation sont un des moyens mis à sa disposition pour formaliser les objectifs, les indicateurs et pour mesurer l'écart avec ce que le soignant réalise. Cette formalisation passe par un écrit souvent institutionnel mais pas seulement. Lors d'un échange professionnel, la retranscription de celui-ci est une aide précieuse pour pouvoir être au plus près de ce qui est dit et convenu entre le cadre et le soignant. Cette activité permet au cadre de mettre en place des actions de formation voire des propositions d'évolutions professionnelles ou de mobilité.

- L'activité n°5 : « *Animation de la démarche qualité et gestion des risques* ».

Cette activité lui permet de mettre en place des actions d'amélioration aux vues de ce qu'il aura évalué au préalable. Ainsi, des outils lui viennent en aide tels : les procédures, la traçabilité et le traitement des dysfonctionnements, ainsi que le suivi des insatisfactions et des plaintes des usagers²⁴. Ce sont pour lui, outre sa propre observation, des indicateurs primordiaux dans sa gestion de la qualité des soins apportés par l'équipe qu'il encadre et des indicateurs vérifiables en cas de prise de décision.

La prise de décision fait donc partie intégrante du rôle du cadre mais pour cela le cadre doit mobiliser des compétences.

2.1.4 Des compétences de décision

Au regard de ces différentes activités, il est donc légitime que le cadre de santé soit amené à mettre en place des actions visant à l'amélioration constante de la qualité des soins apportés aux patients. Pour pouvoir pratiquer ces différentes activités, il est nécessaire que le cadre soit doté de certaines compétences. Elles sont principalement recensées dans le référentiel d'activités et de compétences²⁵ mais nécessitent d'être explicitées. En effet, une compétence est un savoir agir permettant dans une démarche situationnelle²⁶.

²⁴ Patients et leur entourage

²⁵ Référentiel d'activités et de compétences des cadres de santé, document de travail, Ministère des Affaires sociales et de la santé, décembre, Direction Générale de l'Offre de Soins, décembre 2012

²⁶ Le Gal. M. *La notion de compétence, du concept à l'opérationnalisation*. Cours du 14 septembre 2016. ESM Creteil (94)

Ainsi, toujours en regard de mes situations d'appel, j'ai relevé trois compétences principales demandant au cadre, pour pouvoir agir, de posséder des capacités spécifiques :

- La compétence n°3 « *manager des équipes pluri professionnelles dans un secteur d'activité de soin* ».

Le cadre doit être en capacité de mettre en place une communication adaptée auprès des membres de son équipe quant aux attentes institutionnelles, tout d'abord, puis dans les attentes spécifiques de l'unité de soin dont il est responsable. Le cadre de santé ici communique ce qu'il attend des équipes, pilote et décide.

- La compétence n°4 « *Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle* ».

Cette compétence appelle le cadre à être capable de repérer les besoins en compétences des membres de l'équipe et d'accompagner les soignants dans l'amélioration et le développement de celles-ci. Manager les compétences est un exercice permettant aussi au cadre de santé de mettre en place un accompagnement et une communication adaptée, car il intervient sur les capacités professionnelles et donc sur l'estime de soi du soignant. Les impacts de ses prises de décisions sont un facteur à prendre en considération.

- La compétence n°5 « *Contrôler et évaluer les activités* ».

Les capacités d'observation et surtout d'analyse du cadre de santé permettent de l'éclairer dans ses prises de décisions quant aux axes d'amélioration à apporter en regard des objectifs fixés. La notion d'évaluation demande au cadre de se positionner en tant qu'arbitre sur une activité, un comportement ou une situation, en gardant comme fil conducteur le but de l'action à évaluer et ses conditions d'exécution.

De manière très formalisée, ces différentes spécificités de la profession de cadre de santé mettent en exergue qu'il est avant tout responsable de ce qui se passe au sein de son unité et que, pour gérer cette unité, il a des activités définies et des compétences particulières à mettre en action. La gestion de situations de travail complexes mettant en péril la sécurité et la qualité des soins fait donc partie intégrante de ses missions. Via des indicateurs et des compétences spécifiques il doit pouvoir mener à bien cette gestion.

2.1.5 Un outil d'aide à la décision : la déontologie du soin

Pour T. Desbonnets, si l'action de guérir est médicale, celle de soigner est paramédicale et se situe entre « *la santé, qui est le droit du patient, et le soin qui est le devoir du soignant* »²⁷. Ainsi, la santé est un « *principe d'intégrité* » et le soin, « *un principe d'altérité* ». Les professions soignantes s'inscrivent dans ces valeurs et le patient en est le bénéficiaire. Pour renforcer ce devoir soignant, les codes de déontologie permettent de mettre en place des règles communes allant de l'action à la moralité. Ainsi, un encadrement des pratiques permet de poser « *des devoirs et des règles régissant une profession, la conduite de ceux qui l'exerce et les rapports entre ceux-ci* »²⁸.

Les infirmières sont dotées depuis le 25 novembre 2016 de leur propre code de déontologie. Le cadre de santé intervient dans la prise en charge des patients en tant que garant de ces pratiques du soin. Lorsque ces pratiques ne sont pas conformes à ce qui est attendu d'un soignant, son rôle est donc de réajuster, de fixer des objectifs et de recadrer les soignants dans leurs missions professionnelles. Alors il décide et se positionne.

²⁷ Desbonnets.T, *La cadrature de la déontologie*. 2007. en ligne www.cadredesante.com

²⁸Définition de la déontologie. Dictionnaire de français numérique le Larousse. En ligne <http://www.larousse.fr/>

2.2 Le cadre de santé : d'une identité en construction à un positionnement

Le cadre de santé est l'un des acteurs de l'unité de soin dont il a la responsabilité et ce sont ses activités et ses compétences qui formalisent sa profession. Pourtant, chaque cadre de santé est différent, via son approche du management, sa conception de la profession, ses valeurs professionnelles et même personnelles. Outre les 14 professions²⁹ permettant d'accéder au statut de cadre de santé, ce qui en fait une profession à base pluridisciplinaire, les valeurs professionnelles (le respect, la bienveillance) et les qualités intrinsèques du cadre, font de cette profession un véritable « bouillon de culture ». Pourtant, quelle que soit sa profession d'origine, le cadre se trouve dans une posture liée à son statut.

Sa posture lui confère cet état professionnel, mais son positionnement est sa manière d'être ce cadre de santé. Son positionnement se reconnaît dans son discours et ses actions. Je me demande, à ce stade, si le positionnement du cadre vient renforcer sa posture. Au regard de mon constat de départ je m'interroge sur la posture du cadre de santé en situation de relation de travail. L'identité professionnelle permet-elle alors d'asseoir son positionnement ?

2.2.1 Une identité évolutive

Si la posture est « *le fait d'être, de se trouver en situation* »³⁰ alors, le terme fait référence à une identité. L'identité requiert la reconnaissance d'un tiers qui, in fine, confère au cadre une place au sein de son milieu professionnel. L'identité professionnelle montre alors l'appartenance à un groupe socialement reconnu.

Pour le cadre de santé, la « *poly-praxie* »³¹ de sa profession paraît lui conférer plusieurs identités. Avant de pouvoir définir une identité cadre, je citerai Henri Mintzberg qui débute son ouvrage *Les dix rôles du cadre*³² par une simple question « *Mais que font les cadres ?* ». L'identité du cadre pose tout d'abord, le problème de définition de ses activités. Le travail du cadre est difficile à mesurer en termes de production et de temps, ce qui rend son activité immatérielle, difficilement palpable, évoluant au fil des problématiques et des situations rencontrées.

Renaud Sainsaulieu définit l'identité au travail comme « *la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes [...] fondée sur des représentations collectives distinctes* »³³. L'identité est alors un concept qui ne peut exister qu'à travers la notion de groupe. Aussi, la définition de l'identité peut se lire sous plusieurs aspects :

- Selon le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales³⁴, la première définition de l'identité est « *Caractère de ce qui, sous des dénominations ou des aspects divers, ne fait qu'un ou ne représente qu'une seule et même réalité* ». Cependant, je retiendrai la définition en termes de droit qui est « *l'ensemble des traits ou caractéristiques qui, au regard de l'état (civil), permettent de reconnaître une personne et d'établir son individualité au regard de la loi* ». Cette définition peut être appliquée au milieu professionnel dans lequel l'identité d'une personne au travail serait l'ensemble des caractéristiques lui permettant d'être reconnue par les autres personnes du même milieu. On peut aussi approcher le concept d'identité par des termes proxémiques tels que la similitude, l'égalité ou encore la communauté.

²⁹ Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

³⁰ Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales.

³¹ Desbonnets.T. *La cadrature de la déontologie*. 2007. Op-cit

³² Mintzberg. H. *Le manager au quotidien- les dix rôles du cadre*. Editions-Organisations. 2^{ème} édition. Paris. 2016. p15

³³ Sainsaulieu. R. *L'identité au travail, les effets culturels de l'organisation*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques. 4^{ème} édition 2014. 604p

³⁴ Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, op cit

- J.L Stanislas³⁵, pour qui l'action collective permet de « *structurer l'identité d'un groupe, signe de cohésion et de valeurs partagées, cela faisant partie des dynamiques sociales de reconnaissance des individus au travail* », exprime l'idée que l'identité n'existe qu'en situation de relation.
- Claude Dubar³⁶ exprime que « *cette identité sociale apporte une certaine reconnaissance des savoirs, légitime les compétences individuelles et valorise l'image de soi. Cette valorisation est à corrélérer avec le statut professionnel, la catégorie sociale et d'autres formes de reconnaissances, pouvant d'ailleurs entrer en conflit* ».

Pourtant, les cadres de santé, dont la base identitaire plurielle a fortement évolué, ne peuvent pas, uniquement, s'appuyer sur des outils leurs permettant d'assoir cette identité. Comment alors faire reconnaître et valoir une identité pluri-originelle aux « *contours flous* »³⁷ ? Les codes de déontologie professionnelle permettent de dresser un tableau de ce qui caractérise une profession et sont un des moyens d'identification de celle-ci. Pourtant, à l'instar des codes de déontologie médical ou infirmier, qui permettent d'édicter des règles de conduite professionnelle, il n'existe pas de code de déontologie pour les cadres. Comment alors construire les fondements de la profession du cadre de santé sans une identité suffisamment définie ? Une identité mal définie peut-elle s'inscrire dans des relations professionnelles solides ?

2.2.2 Une déontologie cadre pour construire l'identité

En philosophie morale, la déontologie est la théorie des devoirs et de manière plus précise, c'est, selon le CNRTL³⁸ : « *l'ensemble des règles morales qui régissent l'exercice d'une profession ou les rapports sociaux de ses membres* ». Du grec deon -ontos et logie, la déontologie est finalement « *la science de ce qu'il faut faire* »³⁹. Un code de déontologie s'impose comme un outil permettant au professionnel de se situer dans ses différentes missions, de les mener à bien et de la meilleure manière. Pour le philosophe Emmanuel Kant, c'est la conformité à une règle qui rend l'action bonne et c'est cette notion de devoir respecter cette règle qu'il nomme déontologie.

Il n'existe pas de code de déontologie propre à la profession de cadre de santé, pourtant, toute profession doit pouvoir s'exercer selon des règles qui en constitueraient le socle. Comme décrit auparavant, le cadre s'appuie sur les textes règlementaires régissant ses activités et expliquant les compétences requises pour les exercer. Un code de déontologie serait alors un moyen de faire reconnaître cette profession de tous et assoirait le statut de cadre de santé sans qu'il n'y ait de doute ou d'incompréhension sur ses fonctions.

Pour T. Desbonnets⁴⁰, un code de déontologie passe donc tout d'abord par la définition de la profession et de son identité. Quelles que soient les origines professionnelles du cadre et son milieu d'exercice, les objectifs sont communs. C'est autour de ces objectifs d'altérité (les usagers), d'intégrité (les professionnels encadrés) et de communauté (les pairs et la hiérarchie), que l'identité se construit. Ainsi, on assiste de plus en plus sur la création de chartes d'encadrement hospitalier dans certaines structures. En réponse à une nécessité de clarification et de reconnaissance de la profession, inscrire des règles de conduite apparaît comme un besoin pour les cadres et les acteurs qui l'entourent. Je prendrai l'exemple de chartes d'encadrement existantes, comme au sein des CH de Hyères⁴¹. Cette charte synthétise les missions du cadre via des valeurs telles que l'équité et le respect. La déontologie, comme le socle d'une profession, permet alors de décliner les obligations et les interdits en situation professionnelle, d'organiser les actions et de contrôler les relations professionnelles.

³⁵ Stanislas.J.L. *l'identité professionnelle en question*, Objectif Soins 2012, n°206

³⁶ Dubar.C. *La socialisation : Construction des identités sociales et culturelles*, Armand Colin, 4e édition. 2010. 256p

³⁷ Desbonnets.T. *La cadrature de la déontologie*. 2007. En ligne www.cadredesante.com

³⁸ Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Op-cit

³⁹ Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Op-cit

⁴⁰ Desbonnets.T. *La cadrature de la déontologie*. 2007. En ligne www.cadredesante.com

⁴¹ Annexe 1 : Charte de management CH de Hyères

Dans le cadre de mes situations d'appel, il n'existait pas de charte de management. Dans cette situation, le cadre de santé exerce alors selon ses activités et compétences citées auparavant et la mise en action se fait via son statut et la place qui lui est accordée. Pourtant, mon constat de départ montre que, malgré cela, il y a des composantes qui dépassent le cadre d'un référentiel d'activité et que ce qui est demandé au cadre de santé est d'un autre ordre. Le management entre alors en jeu, comme le moyen de faire face aux différents facteurs de contingences du milieu hospitalier (par exemple : l'imprévu, les risques d'erreur professionnelles, les facteurs humains, la dynamique de groupe). Le management fait alors entrer le cadre en relation avec les individus qu'il encadre dans un milieu bien défini : le monde du travail.

2.2.3 Les relations de travail : D'un triangle relationnel aux mondes de Boltanski et Thévenot

Ma question de départ m'amène à rechercher les particularités du lien existant entre le cadre de santé et les équipes soignantes qu'il encadre. Les professions soignantes sont avant tout des métiers de relations et le cadre fait partie de ce groupe. Ces relations sont « *des liens établis dans le cadre professionnel. En général, elles désignent les relations entre la prestation de travail (le travailleur) et le capital (l'employeur) au sein du processus productif* »⁴².

Pour Aristote, la relation est une rencontre d'au minimum deux objets de pensée compris dans « *un acte intellectuel unique, de nature déterminée, comme l'identité, la coexistence, la succession, la correspondance, la causalité et la filiation* ». Dans le dictionnaire le Larousse, la définition que je relève est celle du « *lien d'interdépendance et d'interaction entre deux sujets au minimum* »⁴³. Ces définitions, mettent en exergue que le tronc commun du terme « relation » se situe au niveau du nombre de sujets mis en contexte pour que le principe de relation existe. En ce sens, la relation présente, par essence, une dualité a minima.

Si la déontologie permet de régulariser les relations entre les différents acteurs d'un milieu professionnel, celui du cadre de santé est « *composite* »⁴⁴. Il lui demande une adaptation constante selon ses interlocuteurs. En effet, pour Robert Coulon⁴⁵, le cadre de santé est à la fois dans « *quatre ensembles d'activités, quatre modes d'organisation, quatre mentalités qui fonctionnent en vase clos : le traitement (cure), les soins (care), le contrôle (la hiérarchie), la communauté (les représentants de la société)* ». C'est fort de ce constat que le cadre de santé se positionne, car il est, au quotidien, à l'interface de plusieurs logiques, qu'elles soient soignantes où gestionnaires. Le Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière⁴⁶ place le cadre de santé « *à un niveau d'encadrement intermédiaire, qui le confronte aujourd'hui dans une posture où l'autorité n'est plus uniquement hiérarchique, mais fonctionnelle et légitimée par les acteurs* ». Le cadre de santé a donc un rôle d'autorité et sa posture s'exprime via ses responsabilités. Les relations professionnelles du cadre sont alors hiérarchiques et fonctionnelles.

J'ai choisi de traiter les relations de travail du cadre de santé via plusieurs auteurs et plus particulièrement Thierry Desbonnets (cadre de santé) d'une part, puis Luc Boltanski (sociologue) et Laurent Thévenot (économiste) d'autre part.

Pour illustrer les particularités relationnelles entre le cadre et l'équipe managée, T.Desbonnets⁴⁷ transpose le triangle pédagogique de J. Housaye⁴⁸ à la relation professionnelle.

⁴² Définition des relations de travail. *Concept et sens-Le dico des définitions*. <http://lesdefinitions.fr>

⁴³ Définition de la relation. Dictionnaire de français numérique le Larousse. En ligne <http://www.larousse.fr/>

⁴⁴ Coulon.R. *Cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion*, Les Cahiers du FARGO, n° 1110604. Juin 2011

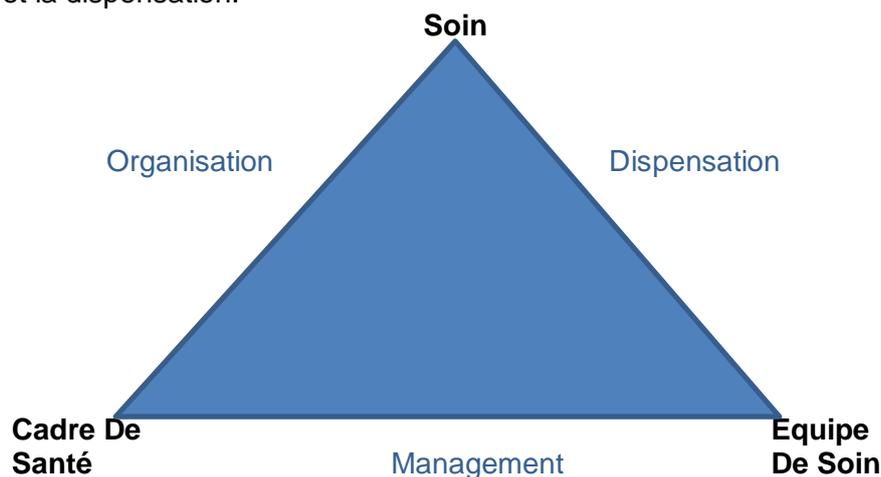
⁴⁵ R.Coulon Ibid

⁴⁶ Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie. En ligne. <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>

⁴⁷ Desbonnets.T. *Triangle soignant, triangle de la cadrature*. Cadre de santé.com. 2009 www.cadredesante.com

⁴⁸ Housaye.J. *Pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui*. ESF. Paris. 2009. 351p

Si dans le schéma de Jean Houssaye, les sommets du triangle représentent l'apprenant, le formateur et le savoir, la transposition de T. Desbonnets place à chaque sommet le cadre, le soignant et le soin. Les segments qui lient ces sommets seraient l'organisation, le management et la dispensation.



Le triangle pédagogique se transforme alors en triangle relationnel. J. Houssaye explique que dans ce type de configuration, lorsqu'il y a une relation entre deux sommets, il existe toujours un des sommets qui n'est pas pris en compte, il le nomme « *le tiers exclu qui fait le mort ou le fou* ». Ainsi, selon la relation qui s'opère, T. Desbonnets, reprenant la théorie de Houssaye, explique que c'est : « *tour à tour le cadre qui fait le mort ou le fou dans la relation « dispenser », le soignant qui fait le mort ou le fou dans la relation « organiser » ou le soin qui fait le mort ou le fou dans la relation « manager »* ». Selon cette théorie, l'un des sommets est en situation « *neutre, inerte, hors-jeu ou insensé, selon les moments, les personnes ou les enjeux* ». Via cette théorie, le cadre peut repérer, au regard des acteurs et de la situation, où il se situe et sur quel critère il doit travailler et agir pour se positionner et choisir son mode d'entrée en relation. Le triangle de Jean Houssaye, transposé à la relation cadre/équipe soignante, par T. Desbonnets, implique donc le cadre de santé à comprendre ce qui se joue dans les relations de son milieu d'exercice afin de savoir sur quel sommet agir en cas de prise de position.

Pour L.Boltanski et L.Thévenot, le milieu professionnel appartient à « *un monde* »⁴⁹. Les 2 auteurs prennent la direction de la philosophie politique pour expliquer les différents milieux coexistant dans la société. Ils définissent alors 6 mondes⁵⁰ : le monde de l'inspiration, le monde domestique, le monde civique, le monde de l'opinion, le monde industriel et le monde marchand, dans lesquels ils appliquent des modèles et des principes permettant de comprendre l'organisation interne de ces différents milieux. Afin de mieux comprendre la théorie de Boltanski et Thévenot, il est important de citer les différentes caractéristiques de ce qui est rencontré à l'intérieur de ces mondes⁵¹. Pour relier cette théorie au milieu professionnel du cadre, j'exemplifierai chaque principe d'organisation et de relation :

- **Le principe supérieur commun** : Principe de coordination caractérisant le monde et permettant « *l'équivalence entre les êtres* ». Il permet une forme de rapprochement. Le soin serait pour une équipe soignante et pour le cadre ce principe supérieur commun.
- **L'état de grand** : Les différents états de grandeurs sont à la base de la théorie des auteurs. Ils permettent de situer la personne à une place définie à l'intérieur des mondes. Le groupe doit reconnaître le rôle du cadre de santé afin de pouvoir le qualifier de « *grand* ». Est « *grand* » celui qui est à sa place à l'intérieur de son monde : qui est légitime.
-

⁴⁹Boltanski. L.Thévenot. L. *De la justification. Les économies de la grandeur*. Gallimard. Paris. 2009. p.96 - p 102

⁵⁰ Annexe 2 : Synthèse sur les mondes de Boltanski et Thévenot

⁵¹ Boltanski. L.Thévenot. L. *De la justification. Les économies de la grandeur*. Gallimard. Paris. 2009. p177 à 181

- **L'état de petit et déchéance de la cité** : Il est défini « *soit négativement par défaut de la qualité de grand, soit, en indiquant que les petits sont réduits à ne jouir que de leur bonheur particulier* ». L'enjeu pour le cadre de santé est de ne pas être un petit au risque d'être illégitime.
- **La dignité des personnes** : Elle existe dans les situations naturelles, lorsque les personnes du même monde partagent la même humanité pour le bien commun. Pour les auteurs, il s'agit d'une « *commune dignité* ». La commune dignité dans le milieu du soin serait l'ensemble des principes fondamentaux du soin.
- **Le répertoire des sujets** : Pour chacun des mondes, les « *sujets* » sont listés selon leur « *grandeur* ».
- **Le répertoire des objets et des dispositifs** : Les objets ou dispositifs en contact avec les sujets, optimisent et objectivent la grandeur des personnes au sein des mondes. Le management est le dispositif principal pour le cadre de santé. Il fait vivre son statut via ce management.
- **La formule d'investissement** : C'est une condition de l'équilibre de la cité. Etre « *grand* », c'est faire des sacrifices, des choix. Ici, les auteurs expliquent que l'on rentre dans le champ de « *l'économie de la grandeur* » ou plus précisément de l'investissement pour être grand. On peut imaginer, ici, que la capacité de décision, du cadre de santé, est une forme d'investissement. En effet, en décidant, il se positionne et œuvre pour asseoir sa place à l'intérieur de son « monde ».
- **Le rapport de grandeur** : Le « *rapport de grandeur* » spécifie la relation qui se crée entre « *l'état de petit* » et « *l'état de grand* ».
- **Les relations naturelles entre les êtres** : Elles permettent la relation entre les sujets, les objets et les dispositifs à l'intérieur des mondes. Pour le cadre de santé, ce sont les relations professionnelles au sein même de l'unité de soin.
- **La figure harmonieuse de l'ordre naturel** : C'est une relation d'équivalence entre l'état de grand et la formule d'investissement. Pour le cadre de santé, l'investissement doit être dosé afin de ne pas perdre cette harmonie. Un cadre qui décide tout de manière directive se positionnerait mais perdrait de cette harmonie.
- **L'épreuve modèle** : Situation dans laquelle un dispositif est engagé. C'est ici que le cadre fait ses preuves, via des situations complexes comme par exemple lors d'un entretien d'évaluation des pratiques professionnelles.
- **Le mode d'expression du jugement** : C'est la forme que prend la manifestation d'une sanction, d'une décision. La communication du cadre de santé est son mode d'expression principal.
- **La forme de l'évidence** : Elle permet de reconnaître le monde dans lequel on se situe. La reconnaissance du cadre par son entourage professionnel représente cette évidence.

En 2009, Boltanski ajoute un septième monde : « *la cité projet* »⁵². C'est certainement à l'intérieur de celui-ci que le cadre de santé tend le plus à se positionner :

Principes	Cité projet
Valeurs de référence	l'ordre de l'activité, des projets, de l'extension du réseau et de la prolifération des liens
Caractéristiques valorisées (état de grand)	l'enthousiasme, la flexibilité, la connexion aux autres, l'autonomie et l'employabilité
Caractéristiques dévalorisées (état de petit)	« l'inemployabilité », la rigidité, le manque de polyvalence, l'immobilité, la sécurité et l'autorité
Sujets valorisés	le coach, le médiateur et le chef de projet
Epreuves modèles	le passage d'un projet à un autre, la prise de décision

Pour Boltanski⁵³, ce septième monde est une évolution du monde industriel. Le grand n'est pas un chef dans le sens hiérarchique du terme, « *il est un fédérateur d'énergie, un intégrateur ou un facilitateur qui n'a pas peur du doute [...] il est à même de composer avec l'incertitude de la complexité du réel. Dans le répertoire des sujets, c'est un chef de projet, un médiateur et le petit est « inengageable » de par son intolérance et sa rigidité.* ».

A l'intérieur de ce monde, « *les grands* » partagent l'information, se connectent aux autres, inspirent la collaboration, la participation et « *leur autorité dépend de leur compétence* ».

Le cadre de santé passe ici de sa posture, liée à son statut, à un véritable positionnement. Ce positionnement se traduit en relation professionnelle via son management et sa communication. Si pour T. Desbonnets, le management est un lien qui unit les soignants au cadre, il est, sans doute pour Boltanski et Thévenot, de l'ordre du dispositif, un moyen de fonctionner à l'intérieur d'un même monde.

Le positionnement du cadre de santé est sa manière d'être et de se trouver en relation, il dispose alors d'un outil principal : la communication.

2.2.4 Le cadre de santé : un manager communiquant

En termes économiques, le management est « *l'ensemble des méthodes d'organisation efficace (définition et partage des responsabilités) et de gestion rationnelle (en fonction d'objectifs ou de programmes fixés) employées dans la direction d'une affaire, d'une entreprise* »⁵⁴.

⁵² Boltanski.L. Chiapello. E. *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard. Paris. 1999. p.187-p 188

⁵³ Ibid p 200

⁵⁴ Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales

Cette définition englobe 2 activités essentielles du cadre de santé qui sont : l'organisation et la gestion. Pour mener à bien ces 2 missions, le cadre de santé doit apporter à son management une qualité et une direction en fonction des objectifs à atteindre.

La communication, outil principal de toute profession de relation, est alors moyen de transmission. C'est le moyen d'entrer en relation, en contact avec autrui. Le cadre de santé est donc, par essence, un être communicant. La communication est alors un élément essentiel de son management. Cette action suit un certain circuit par lequel s'engage des enjeux de transmission :

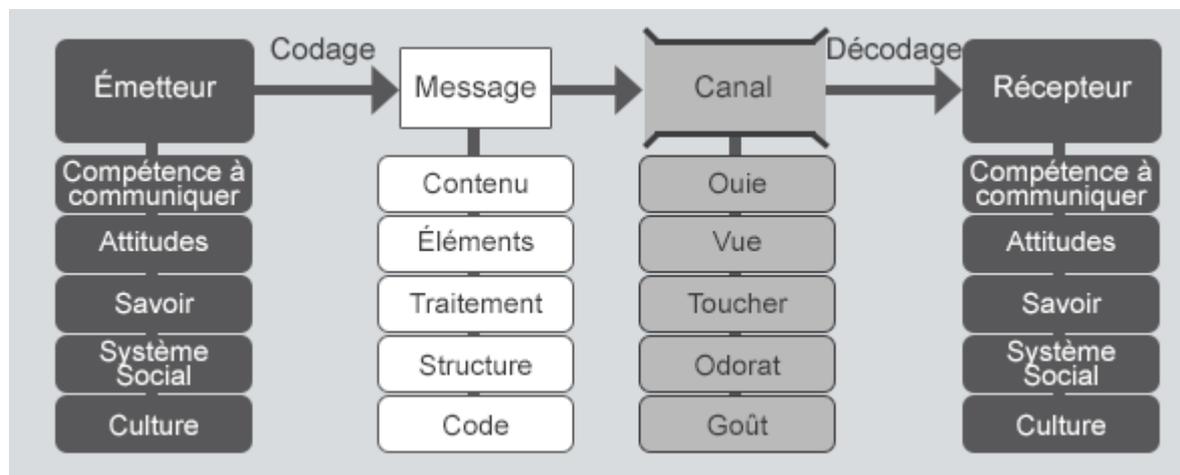


Schéma de la communication selon David K. Berlo, 1960

Le tableau, ci-dessus, permet de comprendre que l'action de communiquer est un phénomène complexe faisant entrer plusieurs facteurs qui, pour atteindre l'objectif final, doivent être savamment utilisés.

En situation de décision :

- L'émetteur est en position de force, par son statut de décideur, mais aussi de faiblesse. En effet, il va se dévoiler et se mettre à découvert. Sa personnalité et ses compétences vont être mises en avant. Ainsi, il va se positionner via son attitude et va mettre en action ses compétences communicationnelles.
- Le message qu'il doit faire passer devient alors l'objet de l'action. Le tableau de D.K. Berlo indique que le message n'est pas un simple objet mais que c'est un code qui a pour finalité d'être compris et accepté.
- Cette compréhension s'opère grâce à un canal choisi où tous les sens sont mis en marche pour aider le message à arriver jusqu'au récepteur. Le langage n'est donc pas l'unique canal pour émettre mais il est une composante d'un environnement, d'une attitude, d'une situation.
- La finalité de toute communication est donc bien le décodage et la reconnaissance du message par le récepteur : le feed-back. Si le communicant est doté de capacités à émettre, le récepteur doit être capable de recevoir. Pour cela c'est à l'émetteur de considérer les capacités de réception de son interlocuteur pour adapter le canal de communication choisi.

En situation de décision, le cadre émet un message attendant une reconnaissance en retour pour que la décision se transforme en action. On comprend que communiquer n'est finalement pas une simple action dénuée de réflexion et que l'enjeu se situe dans les codes employés afin de parler le même langage. Toute communication entraîne des conséquences et le cadre de santé, en situation de décision, sait qu'il y aura des impacts faisant suite à son action. La qualité de la communication se mesure dans la réponse que l'on obtient. Ainsi, une communication est efficace, non pas dans le message envoyé mais dans la réponse à ce message.

Décider c'est alors choisir et in fine communiquer. Cette compétence communicationnelle est donc, pour le cadre de santé, un moyen de reconnaissance de son discours. Cette recherche contextuelle m'amène à m'interroger sur l'attitude du cadre de santé en situation de décision. Ainsi, je me demande si la position de décideur admet une certaine autorité ? Quels sont les facteurs permettant la reconnaissance et l'acceptation de son discours ? Pour tenter de comprendre les enjeux qui s'opèrent lorsque le cadre se positionne en tant que décideur, j'ai souhaité mener des entretiens en lien avec mon constat de départ.

2.3 Les entretiens exploratoires

Après avoir posé le cadre de ma situation de départ, les entretiens exploratoires m'ont permis d'assoir mon questionnement, voire de l'affiner. Ainsi, je me suis entretenue, de manière libre et non formalisée, auprès de soignants et de managers en les plaçant au cœur de mes situations d'appel.

2.3.1 Du côté des soignants

Après avoir exposé ma situation de départ auprès de trois soignantes, j'ai mené une discussion avec comme sujet : « *D'après la situation énoncée, si vous étiez acteurs de celle-ci, qu'attendriez-vous du cadre de santé ?* »

La discussion a très rapidement pris le tournant des valeurs du cadre et de la confiance que les agents peuvent avoir envers leur manager. La proximité énoncée n'a pas été ressentie comme un frein et c'est réellement le degré de confiance qui est entré en jeu. La confiance s'instaurant de manière durable lorsque le cadre est juste et non « *gentil* »⁵⁵. De la confiance, les soignantes ont dévié vers le concept d'honnêteté, qui de manière unanime, est apparu comme une qualité incontournable que doit posséder un cadre de santé dans ce genre de situation. En étant juste et honnête, les soignantes ont exprimé que le cadre avait les principales qualités pour manager et finalement décider. Pour les soignantes interrogées, les qualités éthiques du cadre, une fois reconnues par les membres de l'équipes, lui permettent d'avoir une adhésion beaucoup plus importante à ses décisions.

2.3.2 Du côté des encadrants

Du côté de l'encadrement, j'ai pu m'entretenir avec la cadre supérieure de santé d'un EHPAD et une coordinatrice des soins à qui j'ai exposé la situation et mené la discussion de la même manière que pour les soignants.

Pour la cadre d'EHPAD, c'est l'exemplarité et l'autorité qui priment dans ce contexte. Ainsi, ces deux notions permettent au cadre d'avoir une légitimité dans la prise de décision. Etant issue du secteur médicoteknique, la cadre supérieure de santé explique que c'est une vraie difficulté managériale d'encadrer une équipe issue d'une autre profession. Pour elle, la proximité physique ou relationnelle, n'est pas un problème mais c'est surtout la proximité de l'origine professionnelle qui est un biais dans le management. Ainsi, au regard de la situation, elle exprime que le cadre de santé doit être irréprochable et être le plus factuel possible. Dans son fort intérieur, seul le cadre sachant et irréprochable peut obtenir la confiance de son équipe. La proximité relationnelle avec certains membres de l'équipe engage l'éthique, car être trop proche mènerait à des erreurs d'exemplarité, et la perte de confiance serait irréversible. Pour elle la meilleure façon d'exercer sa fonction cadre c'est dans un service, voire un établissement où l'on ne nous connaît pas. Faire ses preuves auprès des équipes en mêlant justice et autorité est, selon elle, le seul moyen de faire accepter ses décisions, quelles qu'elles soient.

⁵⁵ Propos rapporté par une des soignantes interrogées

Pour la coordinatrice des soins, c'est le positionnement qui permet au cadre de décider en toute confiance. Elle explique que, peu importe les liens avec les membres de l'équipe, un cadre juste, avec un positionnement assis, « *a fait les deux tiers du chemin vers la confiance* »⁵⁶. Elle exprime que c'est beaucoup plus la façon de manager les problématiques, que la résolution de ces problématiques, qui mène les équipes à faire confiance au cadre. Pour elle le cadre doit avoir une posture claire, un positionnement fort pour sécuriser et permettre d'instaurer une confiance au sein de son équipe de travail et par conséquent faire valoir ses décisions.

3 Cadre conceptuel au regard d'une problématique

Cette partie présente une recherche conceptuelle via mes lectures afin de permettre, in fine, de formuler des hypothèses et tenter de répondre à ma question de recherche.

3.1 Problématique

Mes recherches et les entretiens exploratoires, m'ont permis d'orienter différemment ma question de recherche. La problématique qui ressort de ce contexte de travail du cadre de santé m'amène à rechercher les processus entrant en jeu dans le positionnement du cadre en situation de décision. Ainsi, à ce stade de la recherche, je me demande :

En quoi le positionnement du cadre de santé peut-il faire autorité dans ses choix et ses prises de décision ?

3.2 L'autorité légitime du cadre ou comment légitimer son autorité

Le premier concept que j'ai souhaité interroger est celui de l'autorité. Ce concept est clairement apparu dans mes entretiens exploratoires. Ainsi, le cadre de santé en situation de décision instaurerait un postulat qui fait autorité. Pour Christophe Dejourns « *la qualité de travail d'un chef est spécifiquement liée à son art d'arbitrer [...] Pour être en position d'arbitrer, la voix du chef a besoin d'un supplément : l'autorité.* »⁵⁷. Mes situations d'appel ont montré que les décisions ne sont pas toujours reconnues et légitimées. Cette partie sera consacrée à la recherche de ce qu'est l'autorité et comment le cadre de santé la met en action au sein d'une organisation, d'un groupe.

3.2.1 Avoir de l'autorité ou faire autorité

Le dictionnaire le Larousse définit l'autorité comme « *le pouvoir de décider, de commander, de s'imposer* »⁵⁸. Cette définition admet une certaine fermeté, ainsi, l'autorité est un terme souvent connoté négativement et confondu avec la notion d'autoritarisme qui est une pratique autoritaire du pouvoir. Très proche du terme de « pouvoir », l'autorité est pourtant un concept différent. On peut distinguer cette différence dans les définitions de ces deux termes : « *l'autorité est ce qui autorise, et le pouvoir est ce qui peut, il y a toujours dans la notion d'autorité une nuance d'influence morale qui n'est pas nécessairement impliquée dans la notion de pouvoir* »⁵⁹.

Dans les relations de travail ou dans les groupes sociaux, il existe une hiérarchie, qu'elle soit explicite et reconnue de tous, dans le cadre d'une organisation de travail par exemple, ou implicite comme, autre exemple, dans un travail de groupe entre pairs.

⁵⁶ Propos rapportés par la coordinatrice des soins interrogée

⁵⁷ Dejourns C, *Entre inégalités individuelles et coopération collective : la question de l'autorité*, in Jouan. M. Laugier.S. Comment penser l'autonomie : Entre compétences et dépendances. PUF.Paris. 2009. p.291-313, en ligne <http://www.cairn.info>

⁵⁸ Définition de l'autorité, Dictionnaire de français le Larousse, en ligne <http://www.larousse.fr/>

⁵⁹ Dictionnaire Littré, en ligne <http://www.littre.org>

L'autorité découle alors de cette hiérarchie. Ainsi, être acteur d'une organisation c'est, selon le droit du travail français : « *entrer dans un rapport de subordination* ». Pour le cadre de santé, la position de responsable amène inéluctablement à un rapport d'autorité avec l'équipe qu'il encadre. Le cadre de santé doit-il alors avoir de l'autorité ou faire autorité ? Ici, ma recherche m'amène à comprendre la nuance entre ces deux orientations.

Il me semble tout d'abord important de revenir sur la définition de l'autorité. Du latin « *auctoritas* » signifiant « *le pouvoir d'agir sur autrui sans user de la force* »⁶⁰, l'autorité est définie par le CNRTL⁶¹ comme « le pouvoir d'agir sur autrui ». Cette ascendance, pour Max Weber⁶², peut s'exercer de trois manières :

- « *L'autorité traditionnelle* » issue des traditions, des anciens, des sachants, telle l'autorité exercée par le médecin, l'infirmière d'expérience ou le professeur.
- « *L'autorité charismatique* » venant de l'adhésion d'un groupe à un personnage qui mobilise. On peut ici donner l'exemple du cadre de santé ayant fait ses preuves dans un autre service, l'infirmière qui s'exprime et qui s'impose dans les réunions.
- « *L'autorité rationnelle* » basée sur la raison, la réglementation. Le statut vient appuyer cette autorité. On pensera au chef d'établissement par exemple.

Avoir de l'autorité c'est donc avoir une capacité d'influence sur les personnes, permettant de structurer les rapports humains. Ces différentes formes d'autorité sont à différencier de l'autoritarisme qui est un excès d'autorité lorsque celle-ci ne suffit plus. Ainsi, l'autoritarisme, via la crainte ou la persuasion, intervient lorsque l'autorité a échoué et devient délétère pour l'organisation et le groupe.

Pour Boltanski et Chiapello⁶³, le « *grand* », ou pour notre exemple le cadre de santé, qui se trouverait dans le monde projet, devrait renoncer à exercer une domination sur le groupe sous le prétexte de son statut hiérarchique. Pour ces deux auteurs, « *son autorité ne dépend que de sa compétence. Il n'impose pas ses règles ou ses objectifs, mais admet de discuter ses positions (principe de tolérance)* »⁶⁴.

Pour le cadre de santé l'autorité n'est donc pas un état mais un processus visant à faire accepter, respecter naturellement ses décisions. Ainsi il doit mener ce processus comme une conduite de solution. Hanna Arendt explique que « *l'autorité et l'action s'entrelacent intimement* »⁶⁵. Pour mener, conduire, manager, le cadre de santé utilise alors sa capacité d'influence : son leadership.

3.2.2 Le leadership : avoir de l'autorité sans faire preuve d'autorité

Pour Peter. G. Northouse « *le leadership est un processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun* »⁶⁶. Le leadership apparaît ainsi comme un sous-processus de l'autorité et est défini ici comme une « *autorité d'influence* ». Kurt Lewin, Ronald Lippitt et Ralph White ont défini 3 types de leadership⁶⁷ :

- *Le « leadership autocratique »* : le leader décide seul, il détient l'information et fait des autres membres du groupe de simples exécutants. En jouant sur l'asymétrie d'information, il garde un pouvoir certain sur le groupe.
- *Le « leadership démocratique »* : le leader encourage le dialogue avant toute prise de décision. En coordonnant les activités du groupe, il n'intervient que pour orienter, stimuler et crée un environnement de travail serein et encourageant.

⁶⁰ Définition de l'autorité, Dictionnaire de français le Larousse. Op-cit

⁶¹ Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. En ligne <http://www.cnrtl.fr/>

⁶² Max Weber, économiste et sociologue (1864-1920)

⁶³ Boltanski.L. Chiapello.E. *Le nouvel esprit du capitalisme*. Gallimard. Paris. 2009. p.187-188

⁶⁴ Boltanski.L. Chiapello.E. *Le nouvel esprit du capitalisme*. Op-cit. p200

⁶⁵ Arendt.H. *La crise de la culture*. Gallimard. Paris. 1989. p127-131

⁶⁶ Northouse.P.G. *Leadership, Theory and Practice*. Edition française Broché. Paris. 2015, 520p

⁶⁷ Blanchet. A. Trognon. A. *La psychologie des groupes*. Armand Collin. Paris. 2008. p 48-56

Il évalue le groupe en étant transparent sur ces critères d'évaluation, ainsi, l'information est équilibrée et le pouvoir est partagé.

- *Le « leadership laxiste » ou « laisser faire »* : il accorde la liberté de prise de décision au groupe, sans intervenir mais en ayant donné toutes les informations pour que le groupe soit éclairé dans sa prise de décision. Il entretient des relations cordiales et fuit le conflit en n'évaluant pas l'efficacité du groupe. L'asymétrie d'information est en faveur du groupe qui détient le pouvoir.

Le leadership démocratique se rapproche de l'autorité naturelle dans le sens où le leader ne fait pas appel à des moyens de pressions pour exister, à l'instar du leadership autocratique. T. Desbonnets explique que le processus de leadership via le « *triangle de la cadrature* »⁶⁸ est un processus autour duquel : « *le jeu des acteurs est parfois le plus sensible et déterminant. [...] Un mauvais management, une mauvaise relation ou une décision d'organisation mal communiquée, comprise ou vécue par le soignant et c'est le soin qui en pâtit* ».

T. Desbonnets ajoute l'idée que le leadership laxiste se met en place « *Si le cadre est absent ou défaillant. Le soin devient parfois « fou » de l'autonomie de soignants livrés à leurs compétences et à leur conscience professionnelle, mais sans unité de direction que le cadre doit garantir.* »⁶⁹. Cette vision du leadership laxiste montre que le risque est de passer d'une autonomie de l'équipe à une indépendance repercutant, in fine, sur les soins.

Le leadership démocratique permet alors de manager sans faire preuve d'autorité et c'est la capacité à rassembler, à coordonner qui permet au cadre de faire autorité. Ainsi, « *le pouvoir de faire grandir, de faire agir sur autrui* »⁷⁰ existe naturellement et s'évalue sur le comportement du groupe managé. L'adhésion est facilitée, la parole du cadre est reconnue et le manager est alors légitimé dans ses fonctions. Pour C. Dejours, « *l'autorité véritable n'est conférée que par le bas* »⁷¹. La reconnaissance légitime l'autorité et la fait vivre.

Pour M. Crozier et E. Friedberg⁷², c'est l'organisation qui donne au leader une autorité légitime, un pouvoir de sanction ou de récompense. Pourtant, cette autorité légitime n'est pas suffisante, encore faut-il qu'elle soit acceptée par le groupe. Ainsi, cette acceptation ne se fait qu'au regard des gains ou de la perte de risque qu'elle entraîne. Ici, les auteurs mettent en lumière le jeu qui s'opère entre les différents acteurs d'une organisation et dans lequel les pouvoirs se mettent en marche.

3.2.3 Un pouvoir légitime

Le manager, dirigeant ou cadre de santé utilise alors son pouvoir au quotidien, de manière consciente ou non. Les jeux de pouvoir sont légion dans les organisations et la notion de relation appelle la hiérarchie qui fait naître, inconsciemment, ces jeux de pouvoir.

M. Crozier et E. Friedberg expliquent que le pouvoir n'existe que « *lorsqu'il y a un lien entre minimum deux personnes et que ce lien existe lorsqu'il y a, in fine, accomplissement d'une tâche* »⁷³. Les relations professionnelles sont alors imprégnées de pouvoir car la tâche est le propre du travail. Pour M. Crozier et E. Friedberg, il est naturel que chaque acteur d'une organisation essaie d'influencer et d'avoir du pouvoir pour ne pas être à la merci de la hiérarchie ou de ses pairs. Ces différents rapports sont au cœur du fonctionnement des organisations et il serait difficile pour le manager de comprendre les comportements individuels et les fonctionnements du groupe, sans les considérer. Dans le cadre de ma recherche, il me semble pertinent de comprendre comment s'instaurent ces relations de pouvoir dans une unité de soin ?

⁶⁸ Desbonnets.T. *Triangle soignant, triangle de la cadrature*. 2009. En ligne www.cadredesanté.com

⁶⁹ Ibid

⁷⁰ Définition de l'autorité. Le Larousse, dictionnaire de langue française. En ligne www.larousse.fr/

⁷¹ Dejours C, *Entre inégalités individuelles et coopération collective : la question de l'autorité*, in Jouan.M. Laugier. S. Comment penser l'autonomie : Entre compétences et dépendances. PUF. Paris. 2009. p.291-313, en ligne <http://www.cairn.info>

⁷² Crozier.M. Friedberg.E. *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective*. Seuil. Paris. 1981. 478p

⁷³ Crozier.M, Friedberg.E, *ibid* p 78

Avant de comprendre comment elles s'instaurent, il faut d'abord les repérer. Pour M. Crozier et E. Friedberg, ce sont « *les règles professionnelles qui déterminent où se situe les relations de pouvoir. Par la mise en place d'actions plus ou moins prévisibles, s'instaurent des zones d'incertitudes et c'est dans le contrôle de ces zones d'incertitudes que les relations de pouvoir se créent* »⁷⁴. Les règles professionnelles seraient alors un outil d'exercice du pouvoir. Le milieu hospitalier est un système très règlementé. Les procédures, les chartes, les codes de déontologie... mettent en avant cette hyper-règlementation et font partie des paramètres de conception du milieu hospitalier, voire du milieu de la santé. Ainsi, le cadre se sert de ces outils pour gérer, manager et décider. Les règles cadrent l'organisation du travail mais sont aussi un moyen de contrepouvoir dans l'organisation. En ce sens, les règles contribuent à contraindre les actions des acteurs mais aussi les décisions. Elles introduisent de la prévisibilité au sein des zones d'incertitude et de ce fait entraînent la connaissance, pour les acteurs, des bénéfices et des risques dans la prise ou dans l'acceptation des pouvoirs⁷⁵.

La notion de pouvoir, intégrant la définition de l'autorité, ne peut alors exister que si elle est reconnue et légitimée par le groupe⁷⁶. La légitimité c'est, selon le CNRTL⁷⁷. « *La conformité de quelque chose, d'un état, avec l'équité, le droit naturel, la raison et la morale* ». Je reformulerai ici, l'idée de R. Sainsaulieu pour qui le pouvoir amenant à une autorité certaine n'existe pas tel quel puisque ce n'est pas son exercice qui le légitime mais la reconnaissance par celui sur qui ce pouvoir agit. La place de celui qui détient le pouvoir est alors fixée, reconnue et donc, légitimée. Ainsi, dans les unités de soin, la place du cadre est en général reconnue via son statut. Mais cela suffit-il pour qu'il soit influent et donc pour qu'il ait cette autorité reconnue et légitimée par ceux qu'il encadre ? Si la légitimité intègre dans sa définition le terme de conformité, qu'en est-il lorsque le cadre n'est pas conforme à ce que le groupe attend de lui ?

La conformité peut être rapprochée du terme de compatibilité. Si, selon la théorie des mondes de Boltanski et Thévenot⁷⁸, le soin est le principe supérieur commun pour les équipes soignantes alors le cadre de santé, quel qu'il soit, est par essence « compatible » avec toute équipe qu'il sera amené à encadrer. Ainsi, lors de l'arrivée d'un nouveau manager, le groupe à une représentation, via son expérience, de ce qu'est un cadre de santé. Quand le nouvel arrivant est différent en tout point, qu'il oriente différemment ses décisions mais qu'il suit, malgré tout, les mêmes objectifs que son prédécesseur, l'équipe et le service, il doit pourtant se confronter au groupe qui ne le reconnaît pas. Il est légitime par son statut, mais c'est son positionnement, son leadership qui amèneront une légitimité totale. Les prises de décisions sont alors des signes extérieurs de pouvoir permettant au groupe de comprendre le sens que prend le cadre pour les manager, ce sont des indicateurs de son positionnement.

L'expérience légitime le pouvoir du cadre car le groupe le connaît et le reconnaît en situation. Pourtant lors d'une nouvelle situation, le cadre doit agir malgré une certaine inexpérience. Je prendrai ici l'exemple du cadre « *nouvellement nommé* »⁷⁹ qui selon H.Mintzberg, ne possède pas toutes les informations et qui est donc dans un état d'incertitude. Comment peut-il avoir le pouvoir de décision dans ces conditions ? H.Mintzberg explique qu'il doit mettre en œuvre des rôles d'observateur actif et d'agent de liaison pour se construire une « *base de données* »⁸⁰. La communication (en actes et en paroles) peut, alors, devenir un élément constituant une relation qui produit de la connaissance et, in fine, de la reconnaissance. Cette communication peut s'apparenter à de la justification dans le sens où le cadre ne sait pas et explique pourquoi il veut obtenir des informations et finalement argumente ses décisions en regard de ce qu'il a pu obtenir.

La justification est-elle alors le moyen de passer de la méconnaissance à la reconnaissance ? Le cadre de santé doit-il alors se justifier auprès de l'équipe qu'il encadre ?

⁷⁴ Crozier.M, Friedberg.E, *ibid* p 79

⁷⁵ Dumond J.P. *La théorie de l'action organisée*. Cours du 02/11/2017. Université Paris Est Creteil (94)

⁷⁶ Crozier.M, Friedberg E, *ibid*, p 80

⁷⁷ Définition légitimité. CNRTL, www.cnrtl.fr

⁷⁸ Boltanski.L.Thévenot.L *De la justification, Les économies de la grandeur*. Gallimard. Paris. 1991.p429

⁷⁹ Mintzberg.H, *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*. Organisations, Paris, 2016, p 142

⁸⁰ Mintzberg.H, *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*. Organisations, Paris, 2016, p 142

3.2.4 La justification : nécessité managériale ou échec d'autorité

Selon le CNRTL⁸¹ : « *La justification est l'action de déclarer quelque chose ou quelqu'un de conforme. C'est rendre légitime par les preuves* ». Cette définition m'interpelle et m'interroge sur le fait que la justification pourrait venir en aide à un échec d'autorité. Ce pouvoir d'influence naturelle dans le « *faire autorité* » ne devrait pas avoir besoin de la justification pour exister. Selon Hanna Arendt « *l'autorité exclut l'usage de moyens extérieurs de coercition ; là où la force et la persuasion sont employées, l'autorité proprement dite a échoué.* »⁸².

Pourtant, dans le quotidien du cadre de santé, la justification n'est pas rare. En effet, je citerai l'exemple d'un rapport circonstancié dans lequel sont tracés les faits d'une situation problématique, servant de preuve pour appuyer la décision qu'il devra prendre. Dans l'urgence des situations, le cadre de santé argumente, persuade et convainc que sa décision est juste. L'autorité naturelle ne se montre pas suffisante et pour ne pas faire preuve d'autoritarisme le cadre communique sur sa prise de décision et cherche à donner raison à son action. En prenant la direction de la justification le cadre pense rassurer, voire se rassurer, mais fait figure d'un décideur qui n'est lui-même par sûr de cette décision. Son positionnement est fragilisé et la justification est en ce sens un moyen d'éviter une critique possible à son positionnement. Pour Boltanski et Thévenot⁸³, dans les crises d'autorité, la justification apparaît comme un « *raccommodage* » qui viendrait, ici, en aide au cadre de santé qui se trouve en situation de choix difficile. Les deux auteurs expliquent que « *La justification consiste à décrire de la façon la plus précise possible, le genre de ressources auxquelles les personnes pouvaient avoir à faire au cours de leurs disputes en considérant qu'une grande partie de la vie sociale consistait à critiquer et à se justifier* ». La justification est alors une arme face à la future critique et en l'utilisant il sait qu'il sera critiqué, il prend les devants via ce « *moyen extérieur de coercition* »⁸⁴ mais ne fait plus autorité.

Au regard de ma recherche sur la notion de justification, je relève que cette notion peut être constitutive du management persuasif (qui fait partie des 4 grands types de management : directif, persuasif, participatif, délégatif). C'est un management qui persuade, qui communique beaucoup pour convaincre. Même si, aujourd'hui, les managers tendent vers le management situationnel, surtout dans les organisations ayant des facteurs de contingences nombreux⁸⁵, le management participatif est souvent un type de management vers lequel les cadres de santé se tournent. En effet, le management participatif renvoie l'image d'une équipe qui s'autonomise et d'un cadre qui se veut accompagnateur n'ayant pas besoin de faire preuve d'autorité. La justification se voudrait alors comme vecteur de preuve pour avoir de l'autorité et fragiliserait le positionnement du cadre.

A ce stade de ma recherche, je me demande si la sécurité de l'organisation et du groupe peut être ressenti lorsque le cadre est en position de fragilité ? Comment faire confiance à un cadre qui se justifie et qui, de fait, ne montre pas un positionnement confiant ? La justification est-elle un appel à la confiance ?

3.3 Le cadre de santé entre confiance, méfiance et défiance

Du latin *confidere*, cum-avec et fidere-fier, la confiance est l'idée que l'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose. Le terme de confiance se marie toujours avec un verbe d'action qui oriente le chemin que l'on veut lui faire prendre. Dans les organisations et plus précisément dans le monde du travail, la confiance est une quête mutuelle entre le manager et le groupe encadré.

⁸¹ Définition de la justification, CNRTL en ligne <http://www.cnrtl.fr/>

⁸² Arendt.H, *La crise de la culture*, Gallimard, 1989, 384p

⁸³ Boltanski.L. Thévenot. L *De la justification. Les économies de la grandeur*. Op-cit. p429

⁸⁴ Arendt.H. *La crise de la culture*, Gallimard, 1989, 384p

⁸⁵ Dumond J.P. La théorie de l'action organisée. Cours du 02/11/2017. Université Paris Est Creteil (94)

3.3.1 La confiance : de l'intime à l'opérationnel

Selon le CNRTL, la confiance est une « *Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle, d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence* »⁸⁶. C'est un lien entre deux entités faisant appel à une relation entre ces deux parties. Avant de mettre en lien ces deux entités qui sont, pour ma recherche, le cadre et son équipe de soin, je reviendrai sur les origines de la confiance. Ce concept de confiance prend tout d'abord naissance de manière très personnelle dans l'intimité psychologique du soi. Avoir confiance en soi est le point de départ dans cette relation attendue. Pour avoir confiance en lui, le cadre de santé entre dans une démarche réflexive et honnête avec ses capacités. Pour le sociologue G. Simmel, la confiance est « *une forme de savoir sur un être humain* »⁸⁷. Cette idée s'applique alors dès le départ dans le fort intérieur de celui qui cherche à gagner la confiance d'autrui. C'est alors une condition sine qua non pour que la démarche se fasse auprès de l'équipe qu'il encadre. Les verbes d'action, précédant le terme de confiance dans le langage courant, sont finalement des verbes de don ou de contre-don voire d'appartenance. En effet, on peut citer « accorder, donner, accepter, inspirer, obtenir, perdre... ». Il ressort alors l'idée d'un échange et donc d'une réciprocité.

La confiance est un rapport à l'autre (et à soi-même) et les mécanismes amenant à la confiance sont complexes. Ils relèvent de la subjectivité voire, de l'affect. Cette subjectivité intervient dans les nuances que peut amener la notion de confiance. Si les définitions s'accordent sur le fait que faire confiance, c'est se fier à une entité, elles ne prennent pas en compte les différents champs dans lesquels elle peut s'exercer.

Pour traiter ce concept, j'ai choisi de prendre la direction des idées de Niklas Luhman⁸⁸, qui distingue trois types de confiance : « *la confiance de familiarité, la confiance assurée, et la confiance décidée* ».

Le monde familier est le monde vécu et c'est l'expérience qui fait que l'on choisit de faire confiance. La confiance de familiarité est une confiance aveugle. Des symboles « *symbolon* »⁸⁹ permettent la reconnaissance et rendent la situation familière et sécurisante. Je noterai ici que H. Mintzberg confère au cadre un rôle de symbole⁹⁰ qui définit son statut. La notion de symbole admet une reconnaissance et une acceptation sans condition : une nécessité sociale.

La confiance « *assurée* » fait intervenir le terme d'obligation. Il y a un état d'incertitude mais il y a une nécessité de faire confiance. L'exemple typique est la confiance que le patient peut avoir dans le chirurgien qui va l'opérer alors qu'il est déjà sur la table d'opération, dans le pilote d'avion lorsque les passagers sont déjà embarqués... c'est une confiance qui ne permet pas le choix une fois qu'elle a été accordée.

En troisième lieu, N. Luhmann oppose la confiance « *décidée* » qui amène un risque. Il n'y a pas d'obligation, c'est un choix. Il y a alors une prise de risque, un engagement de la part de celui qui donne sa confiance, sans avoir d'assurance en retour. Ce type de confiance est le plus difficile à obtenir mais il est vecteur d'évolution. En effet, en renonçant à la sécurité, l'engagement des parties est réel et permet un véritable investissement dans les intérêts qui peuvent en être retirés. Pour Russel Hardin⁹¹, « *je fais confiance à quelqu'un si j'ai des raisons de croire qu'il sera dans l'intérêt de cette personne de se montrer digne de confiance, de manière appropriée et au moment opportun. Ma confiance repose alors sur le fait que mes propres intérêts sont enchâssés dans les intérêts de l'autre : elle dépend du fait que le bénéficiaire de ma confiance conçoit mes intérêts comme étant partiellement les siens* ». La réciprocité et la responsabilité entrent alors dans cette relation de confiance.

L'enjeu pour le cadre de santé n'est-il pas de permettre à l'équipe qu'il encadre de lui donner cette confiance « *décidée* » ?

⁸⁶ Définition de la confiance CNRTL, en ligne <http://www.cnrtl.fr/>

⁸⁷ Simmel. G. *Sociologie. Etude sur les formes de la socialisation*. PUF. Paris. 1999. p355

⁸⁸ Luhmann. N. *La confiance, un mécanisme de réduction de la complexité sociale*. Economica. Paris. 2006. 123p

⁸⁹ *ibid*

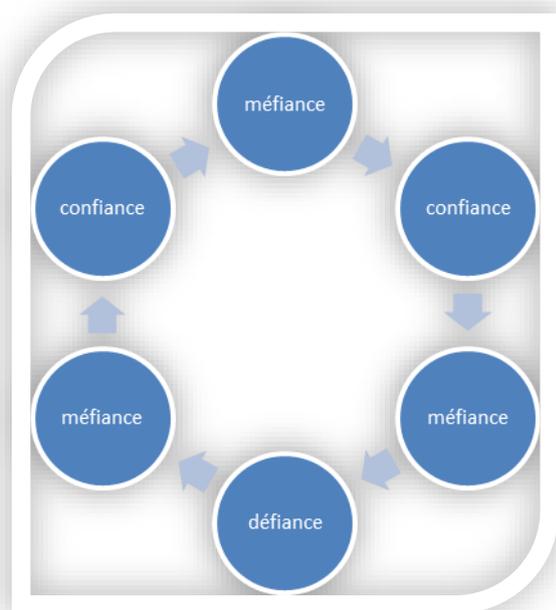
⁹⁰ Mintzberg.H, *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*. Organisation. Paris. 2016. p 69

⁹¹ Hardin. R. *Communautés et réseaux de confiance : Les Moments de la confiance*, Economica. Paris. 2006. p. 91.

Comment alors le cadre peut-il passer d'une confiance assurée par son statut, à cette confiance décidée ? Comment peut-il diminuer la méfiance, due aux incertitudes, pour instaurer ce climat de confiance dans son management ?

3.3.2 Méfiance et défiance, territoire des incertitudes

La méfiance est considérée comme un acte de protection. Selon le CNRTL, c'est « *le fait d'être sur ses gardes, faire attention* »⁹². Le principe de précaution porté par la méfiance demande alors au cadre de santé de se faire connaître, de se rendre plus « familier » auprès de l'équipe qu'il encadre. En effet, c'est la méconnaissance de son positionnement qui induit cette méfiance. A l'arrivée d'un nouveau membre dans le groupe ou d'une nouvelle situation, la méfiance est alors un réel mécanisme de défense freinant l'action et l'évolution du groupe.



Le management doit apparaître comme un « *catalyseur* » de confiance en diminuant les incertitudes et en permettant au cadre de se faire reconnaître par des valeurs communes avec l'équipe qu'il encadre. C'est alors l'action collective qui peut permettre cette réduction d'incertitude et fiabiliser la relation. Les relations interpersonnelles sont de nature fragile car la confiance peut se perdre à tout moment et la méfiance est le sentiment le plus prégnant.

Si l'on conçoit le concept de confiance comme un processus, la méfiance intervient en amont et en aval de chaque étape (Cf schéma ci-contre). Elle s'instaure comme un pallier avant toute prise de position et encadre les relations comme une barrière de sécurité. Que se passe-t-il alors lorsque la méfiance laisse place à la défiance dans les relations de travail ?

La défiance appelle à une toute autre composante de la relation de confiance. Elle comporte les mêmes interventions psychiques que le phénomène de confiance. Selon le CNRTL⁹³, la défiance se caractérise par « *la mise en cause, l'opposition ouverte à un pouvoir, une autorité, une institution.* ». On retrouve le principe d'engagement existant dans la confiance. La défiance est aussi synonyme de provocation et il ressort aussi cette notion de réciprocité. La défiance appelle donc une réponse en retour, un feed-back : « *la méfiance se nourrit du doute, la défiance se nourrit du rejet* »⁹⁴. La défiance est l'illustration d'un jeu de pouvoir et ce mécanisme peut être mis en évidence comme une défense face à ce que l'on ne reconnaît pas et qui renvoie à une lutte pour garder le territoire. Je reprendrai l'exemple du cadre « *nouvellement nommé* » exposé dans les « *propositions sur les variations existant entre poste d'encadrement* »⁹⁵d'H. Mintzberg. Ainsi, dans une équipe de soin, la défiance apparaît sous les traits d'une équipe qui fait blocage contre le cadre de santé parce qu'il représente l'institution par exemple ou parce qu'il n'est pas reconnu par le groupe comme l'un des leurs. Ce mécanisme de défense prend les devants pour attaquer avant de se faire attaquer. De manière moins violente, le groupe entre en conflit avec le cadre de santé, en communiquant cette crainte en paroles et / ou en actes. Dans mes situations d'appel, la défiance s'est caractérisée par le rejet de mes décisions pour protéger les intérêts de l'agent et lui éviter d'être en position de faiblesse. Ce comportement se met-il alors en action lorsqu'il y a une position de faiblesse chez le défiant ?

⁹² Définition de la méfiance, CNRTL. En ligne en ligne <http://www.cnrtl.fr/>

⁹³ Définition de la défiance, CNRTL. En ligne <http://www.cnrtl.fr/>

⁹⁴ Le labo de la confiance. *Confiance, méfiance et défiance*. En ligne <http://www.lelabodelaconfiance.fr>

⁹⁵ Mintzberg.H. *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*. Organisation. Paris. 2016. p142

Comment le cadre de santé peut-il restaurer la confiance et le respect de son autorité dans une organisation lorsque la situation est conflictuelle ?

Si faire confiance c'est laisser son sort entre les mains d'une tierce personne alors la proximité de celle-ci peut se prévaloir rassurante et facilitante. Lorsque l'on connaît et reconnaît un leader, les signes d'appartenance se font ressentir et la familiarité s'installe. Pour M. Marzano⁹⁶ « à la différence de la foi, la confiance n'est jamais un pur « don » : elle est quelque chose que l'on construit, pour soi et pour l'autre ; quelque chose que l'on « fait » et que, parfois, l'on « défait ». ». C'est cette construction collective qui permet au cadre de santé d'instaurer ce climat de confiance. Pour co-construire, le cadre devrait alors être présent et avec l'équipe. Comment penser cette présence dans les organisations ? La proximité vient-elle en aide à ce processus amenant une équipe à faire le choix de la confiance dans son encadrement ?

3.3.3 Relations de proximité

Par définition la proximité mais en exergue la notion de distance. C'est, selon le CNRTL⁹⁷, « une entité qui se situe à une faible distance ». La proximité, dans le champ professionnel, est une manière d'entrer en relation avec autrui. C'est un véritable positionnement en relation. Pour Pierre Roche la proximité professionnelle c'est « aller où l'autre est »⁹⁸. Cette idée est à penser au-delà de la proximité physique. Un cadre de santé peut être présent tous les jours dans un service de soin sans pour autant être ressenti proche par l'équipe. La proximité apparaît donc comme subjective et l'on distingue alors trois grandes formes de proximité :

- La proximité géographique (physique) qui appelle à une notion spatiale. Par exemple, le cadre de santé d'unité de soin qui possède son bureau au centre du service est proche physiquement de l'équipe.
- La proximité sociale (relationnelle) qui appelle une reconnaissance collective. Par exemple, le cadre de santé, qui exerce auprès de ses anciens collègues et qui partage le passé du service de soin avec eux, est proche socialement.
- La proximité organisationnelle (organisée) selon les règles professionnelles. Par exemple, le cadre de santé est hiérarchiquement plus proche, a priori, du cadre supérieur de pôle que le soignant d'une unité de soin, au même titre que les IDE sont plus proches des AS avec lesquels ils travaillent en binôme (par exemple).

Mes situations d'appel font intervenir les trois formes de proximité. Un cadre de jour évaluant des membres de l'équipe de nuit n'est pas proche physiquement ; un cadre de santé n'ayant jamais exercé auprès d'une équipe de soin n'est, a priori, pas connu de l'équipe et de fait, n'est pas proche socialement ; enfin, la hiérarchie existante entre le cadre et l'équipe de soin met en place une distance qui éloigne de la proximité organisationnelle.

Le défi pour le cadre de santé est de se situer à la juste distance. Une nouvelle fois, on rencontre la notion de justice. Un équilibre entre être avec, être à côté et être en face : un positionnement juste. En n'étant plus opérateur mais manager, le cadre de santé entre alors dans une nouvelle démarche qui lui demande une réelle réflexivité sur son positionnement dans ses prises de décisions. Quel chemin doit-il alors prendre pour permettre de faire vivre au mieux l'organisation dont il est responsable ? A-t-il un outil pour être au plus juste des besoins de l'organisation ? Pour C. Dejours, « La confiance relève en fin de compte d'une problématique d'éthique et de philosophie morale, et la psychologie clinique n'apporte pas de connaissance majeure dans ce domaine »⁹⁹.

⁹⁶ Marzano.M, *Qu'est-ce que la confiance ?*. Études. Janvier 2010. Tome 412. p. 53-63.

⁹⁷ Définition de la proximité, CNRTL. En ligne <http://www.cnrtl.fr/>

⁹⁸ Roche.P. *Les défis de la proximité dans le champ professionnel*, Nouvelle revue de psychosociologie janvier 2007. n° 3. p. 63-82.

⁹⁹ Dejours.C. Gernet.I. *Travail, subjectivité et confiance*. Nouvelle revue de psychosociologie, janvier 2012. n° 13. p 75-91

Pour comprendre en quoi la confiance dans le management pourrait relever de son positionnement juste, j'ai orienté mes recherches du côté de l'éthique, concept intégrant les principes de justice. Existe-t-il alors un comportement éthique spécifique pour le cadre de santé ? Comment peut-il être éthique en situation complexe ?

3.4 De la déontologie à l'éthique

Mes recherches m'ont donc conduite à ce rapport éthique que pouvait avoir le cadre de santé avec son management. En effet, après avoir défini ce qu'est la déontologie dont les définitions se rapprochent d'une morale professionnelle, il me manquait ce versant moins maîtrisé qu'est pour moi l'éthique. La déontologie et l'éthique sont des principes intégrant, par définition, des notions de justice voire de justesse. Pourtant, à l'instar de la déontologie qui est assise sur des bases solides, avec la morale en point d'ancrage, l'éthique peut être parfois dénuée de sens car employée à mauvais escient. Pour étudier ce concept, je me suis inspirée principalement de Paul Ricoeur¹⁰⁰ et de Ghislain Deslandes¹⁰¹.

La définition de l'éthique, la plus simple mais aussi la plus pertinente est « *une réflexion argumentée en vue du bien agir* »¹⁰². L'éthique est donc à différencier de la morale. Du latin « *ethicus, qui relève de la morale* »¹⁰³, c'est une vision moins manichéenne. En effet, la morale est normative, elle répond à des règles, des codes culturels or l'éthique répond à une réflexion.

3.4.1 « L'amont et l'aval du royaume des normes »

Paul Ricoeur, dans le dictionnaire d'éthique et de philosophie morale¹⁰⁴ admet que l'éthique est un terme souvent vulgarisé, englobant plusieurs concepts et explique que, souvent, il existe une méprise entre les termes de morale et d'éthique. L'éthique paraît indissociable de la morale ; la morale faisant référence aux normes et l'éthique à l'obligation « *subjective du rapport d'un sujet à des normes* »¹⁰⁵. L'éthique se scinde alors en deux : l'éthique antérieure, relative aux normes et l'éthique postérieure intégrant les normes en situation concrète. Passer de l'éthique antérieure (la morale) à l'éthique postérieure (professionnelle), c'est passer « *du devoir être à être* »¹⁰⁶. Dans le milieu du soin, l'éthique tient une part importante, c'est par cette valeur que le soin naît. En agissant de manière éthique, le soignant individualise ses actes dans l'intérêt du patient. Cela lui demande d'être altruiste à un degré majeur.

3.4.2 L'éthique appliquée et la prudence

La seule façon de transférer l'éthique antérieure à l'éthique postérieure est alors de l'appliquer. Pour Kant il faut agir en conscience de l'obligation morale qui se tourne vers soi, autrui et la cité, ce qui donne à l'homme son identité morale. Paul Ricoeur détermine l'identité morale comme « *le maintien de soi* »¹⁰⁷. En ce sens, c'est la manière de respecter ses promesses (implicites ou explicites). Paul Ricoeur utilise le terme de « *sollicitude* »¹⁰⁸ pour désigner les aspects de l'éthique appliquée à autrui.

¹⁰⁰ Paul Ricoeur (1913-2005) Philosophe Français contemporain.

¹⁰¹ Ghislain Deslandes, Docteur en philosophie et professeur au département Sciences économiques et sociales du campus Paris de l'ESCP Europe.

¹⁰² Définition de l'éthique, Commission de l'éthique en science et en technologie, en ligne <http://www.ethique.gouv.qc.ca>

¹⁰³ Ricoeur.P. définition de l'éthique. In Canto-Sperber.M. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. PUF. Paris. 2004. p683-686

¹⁰⁴ Ibid

¹⁰⁵ Ibid

¹⁰⁶ Ibid

¹⁰⁷ Ricoeur.P. Définition de l'éthique. In Canto-Sperber.M. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. PUF. Paris. 2004. p683-686

¹⁰⁸ Ibid

Les formules morales devenues éthiques, car applicables, ne sont rendues concrètes que par le biais d'un travail, d'une articulation dans des domaines plus spécifiques. L'éthique postérieure est souvent complétée par des termes la rendant transposable au réel comme : l'éthique médicale, l'éthique des affaires, l'éthique juridique...

Le passage des normes aux décisions concrètes implique, pour l'auteurs, le principe de « *prudence* »¹⁰⁹. La décision d'agir est alimentée par plusieurs facteurs influençant le choix d'agir. Paul Ricœur prend l'exemple de l'éthique médicale qui est encadrée, tout d'abord, par un code moral : la déontologie, puis par des règles biologiques et enfin des règles administratives. C'est seulement après avoir pris connaissance et conscience de tous ces paramètres que la décision d'agir se prend. On passe ici de la prescription, au jugement puis à l'acte. Cette réflexion éthique est-elle applicable au management du cadre de santé ? En quoi a-t-il le devoir de l'appliquer dans ses prises de décision ?

3.4.3 L'éthique en situation

Le terme « éthique appliquée » a été introduit plus spécifiquement au cours du XXème siècle par la philosophie morale anglo-américaine. Cette notion intervient lorsque de nouvelles interrogations se posent dans la société. L'éthique professionnelle répond aux questions se portant plus sur les raisons qui guident l'action. Aujourd'hui, les penseurs cherchent à clarifier les enjeux en repensant l'éthique via des situations concrètes.

L'éthique professionnelle fait donc partie de cette notion d'éthique appliquée. La professionnalisation du travail apporte de nouvelles règles s'exprimant par les termes de bonnes pratiques, déontologie et codes éthiques. C'est donc l'évolution des pratiques professionnelles couplée avec la bureaucratisation (procédure, hiérarchie, division du travail...) qui rend les rapports sociaux plus complexes. Ici, l'éthique professionnelle prend tout son sens puisqu'elle est le reflet du questionnement de situations dans le cadre d'une pratique sociale, mêlée de responsabilités, de risques et d'objectifs.

Le cadre de santé est donc en mesure et finalement a le devoir d'être dans une posture éthique, mais quelle application peut-il donner à son éthique professionnelle ? Peut-il toujours être dans l'éthique du soin ou tend-il vers un cheminement éthique plus proche de sa mission actuelle qu'est le management ?

3.5 De l'éthique managériale au management éthique

L'éthique managériale du cadre de santé n'est pas un sujet discuté dans les écrits. En confrontant la profession à l'éthique, il est beaucoup plus courant de se retrouver face à des questions portant directement sur les soins et non sur le management. La profession de cadre de santé est, comme je le présentais dans mon chapitre sur l'identité évolutive du cadre, une profession aux contours flous. Issue de professions diverses, pas totalement gestionnaire, pas totalement soignante. Dans le cadre de ma recherche, je me suis rapprochée de l'éthique des affaires pour laquelle les similitudes avec les missions actuelles du cadre de santé sont nombreuses et pertinentes. Le management appliqué à l'éthique est un véritable questionnement dans nos sociétés modernes. En effet, c'est un courant de plus en plus prégnant dans une société en mouvement et pour laquelle, les règles ne suffisent plus. Je distinguerai dans cette partie deux façons de penser l'éthique dans le management via cette question : Y'a-t-il alors une différence entre l'éthique managériale et le management éthique ?

3.5.1 L'éthique managériale : une direction à suivre

Pour Ghislain Deslande, l'éthique managériale « *construit des ponts dans l'organisation entre ce que le monde est et ce qu'il devrait être* »¹¹⁰. Ainsi, c'est une forme de principe supérieur vers lequel tout manager devrait tendre. L'éthique managériale se pose alors comme une ligne de conduite dans le management au quotidien.

¹⁰⁹ Ibid

¹¹⁰ Deslandes.G. Le management éthique. Dunod. Paris. 2012. p22

A l'instar de la déontologie, la démarche éthique s'appuie sur les capacités de jugement du manager en situation. L'éthique intervient alors dans le champ professionnel, et plus particulièrement du management, lorsque les règles ne suffisent plus. Elle se veut comme étant un processus remettant en question les habitudes, les cadres de pensée habituels et apporte un degré de subjectivité voire d'humanité, via les affects, dans les prises de décision. Elle met en lumière un engagement de la part du manager. Le cadre de santé en position de décideur qui élargit le champ de sa réflexion et ne se limite pas au règlement. En ce sens l'éthique managériale permet une prudence dans les décisions et prend en considération les impacts qui en découlent. Pour Ghislain Deslandes, l'éthique managériale se veut prescriptive de conduite : « *c'est la conduite des managers dans la conduite de l'organisation* »¹¹¹. L'éthique managériale est, non seulement, un facteur de la conduite des organisations mais elle est aussi descriptive. En ce sens, elle permet une évaluation des pratiques managériales en éclairant le jugement et la décision dans l'action.

3.5.2 Le management éthique et la théorie des parties prenantes

Si l'éthique managériale prescrit, alors « *le management éthique recommande* »¹¹². Le cadre en position de responsable et de décideur est alors un meneur d'homme qui montre le meilleur chemin.

Le milieu de la santé est un système où les problématiques éthiques sont permanentes. Il existe dans de nombreux établissements des comités éthiques qui sont des espaces de parole sur des situations demandant une réflexion pluridisciplinaire. Pourtant, les sujets exposés sont d'ordre soignant et non d'ordre managérial. Le cadre a deux façons de penser l'éthique dans son management. D'une part, faire en sorte que l'organisation dont il est responsable respecte les principes éthiques du soin. Garant de la sécurité et de la qualité des soins, les décisions que prend le cadre ont un tournant pluriel et l'amènent à se positionner en tant que leader et porte-parole de cette éthique du soin. Lorsqu'un soignant ne respecte pas les conditions d'exercice du soin (le respect, la bienveillance par exemple) et commet des erreurs dans ses prises en soin, le cadre de santé entre en jeu et joue son rôle de régulateur et de porte-parole des valeurs communes. D'autre part, le cadre de santé s'attache à avoir lui-même cette orientation éthique dans ses choix managériaux. Il est à son tour dans la position de prendre soin de l'organisation et de l'équipe qu'il manage. L'éthique deviendrait-elle alors un outil de gestion pour le cadre de santé ?

Ghislain Deslandes explique que le management éthique repose principalement sur « *la théorie des parties prenantes (TPP)* »¹¹³. Les parties prenantes sont tous les acteurs de l'organisation et le cadre est à l'interface de chacune d'elles. Son management est alors dirigé en fonction des besoins des parties prenantes. Selon cette théorie, le cadre peut avoir 3 façons de manager les acteurs auprès desquels il intervient :

- La première se base sur un modèle normatif. Ainsi, le cadre oriente et adapte son positionnement en fonction des enjeux de l'organisation. Il s'opère une hiérarchisation des parties et le rôle du cadre est de « *conserver les biens sociaux et moraux qui apparaissent comme une priorité pour le maintien de la survie de l'organisation* »¹¹⁴. Le management éthique se base ici sur la conscience professionnelle collective, via le dialogue et l'échange plutôt que sur les intérêts individuels.
- La seconde manière de manager les parties prenantes se base sur le modèle descriptif. Ici, c'est « *l'analyse des intérêts et des forces en présence qui devient central* »¹¹⁵. Dans ce cas, on peut imaginer que le management des compétences et les entretiens individuels entre le cadre et les soignants sont des moyens d'être dans ce modèle descriptif.

¹¹¹ Ibid

¹¹² Ibid p4

¹¹³ Ibid p 66, référence à la théorie de R.E.Freeman « stakeholder theory » 1984.

¹¹⁴ Ibid p 74

¹¹⁵ Ibid p75

- La troisième manière de manager les parties prenantes se situe dans un modèle instrumental ou les parties prenantes deviennent « *un outil stratégique de la performance* »¹¹⁶. Ici, ce sont les compétences en gestion des ressources humaines, via la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences par exemple, qui prennent le pas sur le reste au seul profit de l'organisation.

Ces différentes façons de manager les parties prenantes, amènent le cadre à orienter son encadrement de la meilleure manière en fonction des critères de légitimité, de pouvoir et d'urgence de chaque acteur. Le cadre est ici en constante relation et son management est qualifié d'éthique selon l'orientation qu'il choisit de suivre. Cette théorie illustre bien ce qui peut pousser le cadre à prendre des décisions. Ici, nous sommes dans le champs de l'utilitarisme, de l'intérêt. En effet, l'éthique des décisions prises est ici imprégnée de rationalité basée sur l'intérêt, in fine, de l'organisation. Cependant, la TPP n'explique pas comment se déroule le processus de décisions éthique, quel qu'en soit cet intérêt.

3.5.3 La prise de décision éthique

La prise de décisions fait partie intégrante du rôle de responsable et donc du rôle du cadre de santé. Mais ici, c'est le qualificatif qui me pousse à revenir sur ce rôle. Quelle que soit la décision, le cadre de santé, en qualité de leader légitime, est en conscience que ses décisions devront être « *assumées dans la durée face à des subordonnés* »¹¹⁷ et il lui incombera la responsabilité et les conséquences de celles-ci. L'éthique du management, en regard de l'éthique des affaires, met en exergue le principe de responsabilité sociale de l'entreprise (RSE). Pour Françoise De Bry : « *Être responsable, c'est répondre de ses actes, en accepter les conséquences* »¹¹⁸.

Ghislain Deslandes, sur le modèle de Kohlberg¹¹⁹, met en exergue trois niveaux de décisions, trois chemins qui s'offrent à un responsable d'entreprise et d'organisations :

- « Le niveau 1 ou pré-conventionnel » : le responsable en capacité de décision ne se situe qu'en rapport à ses propres besoins.
- « Le niveau 2 ou conventionnel » : le responsable se conforme aux attentes d'autrui grâce aux codes sociaux.
- « Le niveau 3 ou post conventionnel » : le responsable est capable de décider selon ses propres règles qu'il se sera construites en fonction de sa connaissance et de ses compétences.

Ainsi, la prise de décision incombe au responsable mais c'est avant tout la conscience du processus de décision que le responsable doit avoir avant d'agir. Pour Paul Ricoeur : « *décider c'est choisir entre les multiples propositions de justesse éthique* »¹²⁰. L'éthique deviendrait-elle alors un outil d'aide à la décision ? Pour comprendre en quoi l'éthique se matérialise dans les décisions et les actions du cadre de santé j'ai souhaité revenir sur les principes qui composent l'éthique.

¹¹⁶ Deslandes.G. *Le management éthique*. Dunod. Paris. 2012. p 77

¹¹⁷ Dejours C, *Entre inégalités individuelles et coopération collective : la question de l'autorité*, in Jouan.M. Laugier. S. Comment penser l'autonomie : Entre compétences et dépendances. PUF. Paris. 2009. p.291-313, en ligne <http://www.cairn.info>

¹¹⁸ De Bry. F. *Concept d'éthique : l'éthique au cœur du management*, Management & Avenir. Juin 2008. n° 20. p. 102-114. En ligne <https://www.cairn.info/>

¹¹⁹ Kohlberg.L, Psychologue américain ;

¹²⁰ Greisch. J. Kearney. R. Ricoeur. P. *Les métamorphoses de la raison herméneutique : actes du colloque de Cerisy-la-Salle, 1er-11 août 1988*. Cerf. Paris. 1991. p 340

3.5.4 Des principes éthiques au « walk to walk »

Si l'éthique s'avère être un outil d'aide à la décision, cela implique que le cadre de santé ait une réflexion sur ses principes fondamentaux. Pour Françoise de Bry¹²¹, 5 principes sont essentiels dans le management éthique :

- La justice :

Elle est définie selon par « *un principe moral impliquant la conformité de rétribution avec le mérite, le respect de ce qui est conforme au droit* »¹²². Le terme de justice est indissociable du droit et peut sembler froid, dénué d'humanité. La définition du Littré amène une signification plus humaine à la définition de justice : « *Règle de ce qui est conforme au droit de chacun ; volonté constante et perpétuelle de donner à chacun ce qui lui appartient* »¹²³. Aussi, la notion de justice est nuancée par le terme de justesse qui est « *Nom abstrait de juste pris dans le sens de remplissant ou s'adaptant exactement* »¹²⁴. La nuance se fait justement où l'éthique intervient. Cette idée d'adaptation me paraît tout à fait pertinente dans ce que peut être l'éthique appliquée au management.

- La responsabilité sociale :

Selon la norme ISO¹²⁵, la responsabilité sociale est « *la responsabilité d'une organisation vis-à-vis des impacts de ses décisions et activités sur la société et sur l'environnement, se traduisant par un comportement éthique et transparent qui contribue au développement durable, y compris à la santé et au bien-être de la société ; prend en compte les attentes des parties prenantes ; respecte les lois en vigueur et qui est en accord avec les normes internationales de comportement ; et qui est intégré dans l'ensemble de l'organisation et mis en œuvre dans ses relations* ». Cette responsabilité incombe à tout dirigeant, quelle que soit la taille de l'organisation et le nombre d'individus concernés.

- Le respect de l'autre :

Le CNRTL¹²⁶ définit le respect sous plusieurs formes. Je relèverai celles qui me paraissent les plus appropriées dans le cadre du management et du milieu du soin. La première est tout simplement une « *Attitude honnête et décente envers autrui* » ; la seconde est le « *sentiment qui incite à traiter quelqu'un avec égards* ». Ces deux définitions sont à compléter dans une recherche éthique par la définition de Kant « *le respect est un sentiment moral spécifique, distinct de la crainte, de l'inclination et des autres sentiments, qui ne provient pas comme eux de la sensibilité mais qui est un produit de la raison pratique et de la conscience de la nécessité qu'impose la loi morale* ».

- La confiance mutuelle :

La confiance, définie au préalable dans une partie précédente, se dote ici de l'adjectif « *mutuelle* ». Cet adjectif est à rapprocher de la réciprocité que Paul Ricœur met en avant dans la démarche éthique et que le CNRTL qualifie de : « *caractère d'une action reçue équivalente à l'action exercée* ». La confiance mutuelle ou réciproque est alors une action qui s'exerce et qui nous est rendue.

- L'exemplarité :

Par définition, l'exemplarité est un modèle à suivre. On peut mettre en lien le terme de modèle avec l'idée de symbole chez Henry Mintzberg dans les rôles interpersonnels¹²⁷. Ainsi, le manager exemplaire est un symbole qui permet une reconnaissance par les membres de son groupe.

¹²¹ De Bry. F. *Concept d'éthique : l'éthique au cœur du management*, Management & Avenir. Juin 2008. n° 20. p. 102-114. En ligne <https://www.cairn.info/>

¹²² Définition de la justice. CNRTL. En ligne <http://www.cnrtl.fr/>

¹²³ Définition de justice, dictionnaire de français le Littré, en ligne <http://www.littre.org/>

¹²⁴ Définition de justesse, dictionnaire de français le Littré, en ligne <http://www.littre.org/>

¹²⁵ ISO : International Organisation for Standardisation, organisation chargée de définir les standards internationaux qui régissent le commerce des entreprises.

¹²⁶ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, en ligne <http://www.cnrtl.fr/>

¹²⁷ Mintzberg, H., *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*. Organisation. Paris. 2016. p 69

Pour Philippe Crouzet, président du directoire de Vallourec : « *L'éthique du dirigeant, par définition, c'est l'exemplarité. Si le dirigeant manque à l'exemplarité, le reste fiche le camp et l'entreprise part à la dérive. [...] l'honnêteté, la cohérence entre ce que l'on dit et ce que l'on fait, entre les intentions affichées et les intentions réelles, la cohérence sur ses propres motivations, c'est fondamental. C'est à la fois évident et très exigeant* »¹²⁸. C'est ici que la théorie du « walk to walk »¹²⁹ prend son sens. L'exemplarité est la preuve de cette ligne de conduite qui consiste à accorder ses paroles à ses actes. De nombreux dirigeants mettent en avant cette qualité managériale comme clef du leadership et surtout un moyen de reconnaître un bon manager. Je reprendrai ici l'idée du président directeur général de France Telecom Orange, Stéphane Richard, pour qui « *En acceptant de devenir dirigeant, on se met en situation d'être regardé par tout le monde. A l'intérieur, comme à l'extérieur, parce que, qu'on le veuille ou non, tout ce que l'on peut dire ou faire prend tout de suite une importance très grande. La difficulté réside dans la nécessité de rester soi-même, de ne pas se laisser tenter par la langue de bois et de ne pas renoncer à la prise de risque. Sur le plan comportemental, c'est une espèce de ligne de crête qui est difficile à trouver : rester simple, à l'écoute, accepter de ne pas avoir la science infuse et à la fois dégager une image qui doit être rassurante et qui doit pouvoir entraîner les autres eu égard à la fonction que l'on occupe et à la confiance qu'on nous fait, à l'image que l'on représente* ».

Je conclurai ici ma recherche avec l'idée de Ghislain Deslandes qui considère que l'éthique managériale se fie plus à la conscience qu'à la morale et la question n'est plus de savoir ce qui est bien ou mal¹³⁰ mais « *qu'est-ce qu'être un manager exemplaire ?* »¹³¹.

3.6 Proposition d'hypothèses

A l'issue de mes lectures, j'ai souhaité reproblématiser ma question de recherche et me rapprocher encore plus de ce que je souhaite rechercher via ce travail. Ainsi, à ce stade je me demande :

En quoi le cadre de santé de proximité est-il amené à avoir un positionnement éthique dans son management de proximité ?

Cette dernière problématique me permet d'émettre deux hypothèses selon lesquelles :

Hypothèse 1 :

La proximité du cadre de santé est un levier de son éthique managériale.

Hypothèse 2 :

Le management éthique permet d'instaurer la confiance entre le cadre et les soignants.

4 L'enquête de terrain

Afin de pouvoir travailler autour de ces hypothèses j'ai mené une enquête de terrain qui, après analyse me permettra de les confirmer ou de les infirmer.

4.1 Sens de la recherche et méthodologie

Mes recherches au sein des relations interpersonnelles du cadres de santé m'ont permises de réfléchir sur une méthodologie d'enquête auprès des professionnels de santé. J'ai tout d'abord souhaité mener des entretiens de manière semi-directive auprès de cadres de santé.

Ces entretiens ont été un moyen de connaître leur positionnement au sein d'une équipe et de les amener à exprimer ce qui, pour eux permet, un management répondant à leurs missions. L'objectif a été d'analyser leur positionnement auprès des équipes soignantes et de repérer quels sont, pour eux, les leviers managériaux.

¹²⁸ Boffa-Comby. P. *L'exemplarité aux sources du leadership*. L'Expansion Management Review. Janvier 2012. n° 144. p. 90-95. En ligne <https://www.cairn.info/>

¹²⁹ Ibid

¹³⁰ Caractéristiques de la morale

¹³¹ Deslandes.G. *Le management éthique*. Dunod. Paris. 2012. p 28

Pour étayer mon enquête, j'ai mis en place un questionnaire auprès des équipes de soins. Ces questionnaires ont été pour moi le moyen de sonder plus largement leurs attentes en termes de management. Les concepts d'éthique et de confiance ont été le fil conducteur de l'enquête afin de pouvoir affirmer ou infirmer mes hypothèses. De plus, cette enquête de terrain auprès de cadres et des équipes de soin m'a permis de confronter les réponses et de mesurer l'écart existant entre les deux catégories professionnelles.

4.2 Entretiens auprès des cadres de santé

J'ai mené une enquête auprès de 5 cadres de santé. Sous la forme d'entretiens¹³² semi-directifs, j'ai orienté mes questions en direction des concepts que j'ai travaillés au préalable. Je traiterai ces entretiens en suivant le fil des questions que j'ai posées et j'y ajouterai l'analyse des résultats obtenus.

4.2.1 Typologie des cadres interrogés

Les entretiens se sont effectués auprès de 5 femmes cadre de santé. Je n'ai pas choisi les profils mais plutôt les lieux d'exercice. Il me paraissait plus judicieux d'enquêter sur des structures de proximité afin d'être au plus près de l'expérience qui m'a conduite à faire ce travail de recherche. Ainsi, les 5 cadres de santé exercent dans des structures de moyenne et petite taille pour une analyse imprégnée de proximité. Je nommerai les cadres par des chiffres afin de respecter leur anonymat (C1, C2, C3, C4, C5) et les verbatim issus des entretiens seront entre guillemets.

Le tableau ci-dessous synthétise leur identité professionnelle :

Cadres	Profession d'origine	Ancienneté sur des fonctions d'encadrement	Autres statuts	Lieu d'exercice (service)	Typologie de l'établissement d'exercice	Typologie de l'équipe encadrée
C1	IDE de secteur psy chiatrique	17 ans	Cadre du pôle mère-enfant	Pédiatrie réanimation néonatalogie	CH type MCO et EHPAD 250 lits Commune de province	Puéricultrices /auxiliaires de puericulture Equipe jour et nuit
C2	Masseur Kinési-thérapeute	15 ans	Cadre supérieur gestion qualité et expert visiteur	Service qualité	Même établissement	Equipe de rééducation
C3	IDE	5 ans	0	Urgences	CH type MCO 594 lits Moyenne ville de province	IDE / AS / Brancardiers
C4	IDE	10 ans	0	EHPAD	CH local type gériatrique 200 lits Commune de province	IDE / AS Agents hôteliers Equipe jour et nuit
C5	IDE	2 ans	0	EHPAD	EHPAD 90 lits Commune de province	IDE/ AS / Agents hôteliers Equipe soignante jour et nuit

¹³² Annexe 3 : Trame d'entretien cadre

Précisions sur le parcours des cadres :

- C1 a exercé comme formatrice en IFSI entre 1995 et 2000.
- C2 a exercé 2 ans en tant que faisant fonction cadre et a occupé à son arrivée sur l'établissement un poste de cadre d'unité de soins de suite et de réadaptation pendant 2 ans.
- C3 est infirmière faisant fonction cadre de santé et a travaillé 2 ans sur des fonctions d'encadrement en hospitalisation à domicile.
- C4 est diplômée cadre de santé depuis 3 ans. Elle a exercé en tant qu'infirmière coordinatrice en hôpital de jour au sein d'un CHU pendant 3 ans.
- C5 a exercé sur des fonctions de responsabilité en ressources humaines en parallèle de son exercice infirmier au sein d'un autre EHPAD avant son diplôme.

4.2.2 La proximité selon les cadres

Cette première approche m'a permis de mettre en lumière comment les cadres interrogées ressentaient la proximité dans leur exercice au quotidien. La question de la proximité était un préalable à ma recherche et m'a permis de cerner comment les cadres de santé se positionnaient au sein même de leur équipe de soin.

Ce que disent les cadres

C1 considère qu'elle est proche des équipes et exprime que c'est choix personnel. Elle estime que la proximité est un moyen d'être au plus près des problématiques des soignants. Pour C1, la proximité est « *le meilleur moyen d'accompagner les soignants dans les valeurs du soin* ». C1 caractérise sa proximité comme une proximité physique et relationnelle « *Je mange avec les équipes, je partage certaines choses personnelles avec elles mais pas trop. J'ai annoncé que j'allais être grand-mère mais je ne rentre pas dans les détails* ». C1 tutoie les agents, quels qu'ils soient. Elle estime qu'être proche des soignants permet d'être proche des soins ce qui lui permet d'être plus objective grâce à la connaissance réelle du terrain et des faits. Elle considère que cette façon de vivre sa proximité auprès des agents lui permet d'être beaucoup plus juste dans ses choix et ses décisions. C1 termine en expliquant que pour elle la proximité permet de rester dans le réel et expose que « *la proximité c'est aussi partager et qu'il ne faut jamais oublier pourquoi on est devenu soignant et surtout pourquoi on est devenu cadre* ».

C2 explique qu'elle est aussi proche des équipes. Elle parle de cette proximité comme un moyen d'obtenir la confiance. En revanche elle insiste sur le fait qu'elle n'est pas intime avec les soignants qu'elle encadre et met en avant le fait qu'être proche ne doit pas être un biais au professionnalisme : « *Surtout pas de copinage !* ». C2 tutoie uniquement les agents qui sont de son origine professionnelle : les rééducateurs, car elle se sent légitime pour cela. Pour C2, la proximité est aussi un moyen d'obtenir une confiance mutuelle. Elle instaure une proximité plus importante lorsque la confiance se délite : « *être proche c'est aussi pouvoir s'éloigner des équipes car c'est avoir une relation de confiance avec les agents. Par contre, lorsque la confiance est perdue, je me rapproche des agents, j'augmente les échanges informels, les entretiens. En fait je me rapproche physiquement pour prendre « la température »* ».

C3 considère que la proximité c'est avant tout avoir la connaissance des personnes qui composent l'équipe, de leur centre d'intérêts, indépendamment du travail. C'est aussi pour elle un moyen de mieux considérer chaque individu qui compose l'équipe. Elle fait vivre sa proximité en étant à l'écoute et en se montrant disponible « *c'est laisser la porte ouverte, au sens propre comme au sens figuré* ».

C4 explique qu'elle ne fait pas vivre sa proximité de façon unique et qu'elle s'en sert comme un outil managérial selon les équipes et les problématiques : « *En fait, pour moi la proximité c'est stratégique* ». Elle explique qu'elle n'est pas proche de l'équipe hôtelière qu'elle encadre en termes de compétences puisqu'elle n'a pas la même profession d'origine, mais qu'elle pallie cette distance professionnelle en organisant des échanges fréquents : « *j'ai instauré avec l'équipe hôtelière des réunions mensuelles dans lesquelles chacune amène un gâteau. On mange, on discute et on travaille ! Je me rapproche autrement* ». Concernant l'équipe de nuit, elle explique qu'elle ne peut pas être proche physiquement mais qu'elle s'attache à les inclure dans tous les projets et réunions en faisant vivre une proximité communicationnelle importante « *on communique beaucoup par mail et je les incite à me solliciter* ». La proximité avec l'équipe de jour est beaucoup plus visible puisqu'elle est présente physiquement. C4 caractérise cette proximité comme un moyen de « *ressentir ce qui se passe à chaud* ». C4 termine par « *Ma proximité auprès des équipes est réfléchie* ».

C5 explique que pour elle la proximité est une difficulté même si elle se sent proche. Pour elle, le plus compliqué est d'avoir un passif auprès de l'équipe. C5 explique qu'il y a un a priori réciproque entre elle et l'équipe et qu'il est compliqué de s'en défaire. Le plus difficile est pour C5 de réussir à garder une juste distance pour ne pas être prise dans des problématiques d'affects et, in fine, ne pas avoir un jugement faussé « *les agents m'ont connu comme étudiante cadre. J'ai du mal à me défaire de cette première image qu'ils ont eu de moi et que j'ai eu d'eux. La cadre qui était ma tutrice m'a beaucoup parlé de chacun d'eux et des problématiques qu'elle avait eu au sein de l'équipe* ». Aujourd'hui, C5 explique qu'elle est obligée d'instaurer une certaine distance et a mis en place le vouvoiement. Enfin, elle met en avant les difficultés à être proche des agents qui ne communiquent pas.

Analyse de contenu :

- La proximité comme un outil managérial.

A l'issue de cette première approche, je mettrai en avant que la proximité est vécue différemment selon les cadres. Je relève pourtant que la proximité, pour 3 cadres, est un véritable outil managérial :

C1 instaure une proximité physique et relationnelle qui lui permet d'être juste et au plus près des problématiques.

C2 renforce sa proximité lorsqu'il n'y a plus de confiance et s'éloigne ou instaure une proximité plus implicite lorsque la confiance est restaurée.

C4 instaure une proximité réfléchie et modulable selon les équipes et les besoins.

- La proximité et la notion de justesse

Je remarque que pour 2 des cadres interrogées, la proximité est en lien avec la notion de justice. Pourtant elles ont toutes deux une façon bien différente de l'exprimer. Pour C1, la proximité est le moyen d'être au plus juste de la réalité pour être au plus juste des choix à faire alors que pour C5, la proximité est un frein à cette justesse qui est attendue du cadre de santé.

- Le tutoiement et le vouvoiement

Tutoyer ou vouvoyer s'avère être un point important dans le champ de la proximité. C'est par ces premiers mots que l'on entre en relation. Ainsi, 4 cadres sur 5 ont mis en avant leur façon de communiquer directement avec les agents. Pour 3 d'entre elles c'est le tutoiement qui est instauré (C1, C2, C4) mais C2 ne l'instaura qu'avec les rééducateurs qui ont la même profession d'origine. C5 a insisté sur le vouvoiement qu'elle a instauré à son arrivée pour l'aider à prendre de la distance.

- La disponibilité

Etre disponible c'est être accessible. La proximité est en ce sens un moyen d'accès au cadre comme aux équipes. Les 5 cadres s'accordent sur le fait que la disponibilité est un réel moyen de faire vivre sa proximité et d'accéder au réel du terrain. La disponibilité permet de faciliter les échanges et de se rapprocher sur les plans relationnels mais aussi physiques, par exemple C3 illustre cette disponibilité par une « *porte ouverte* ».

Synthèse de contenu

L'idée de penser la proximité comme un outil managérial est apparu au fil des entretiens, c'est une notion à laquelle je n'avais pas songé lors de la construction de mon enquête. Je m'aperçois que la proximité engage, pour chaque cadre interrogé, une réelle réflexion sur le positionnement au quotidien, et qu'elle soit un état relationnel, physique ou qu'elle soit un outil d'exercice, chaque cadre à une raison et un enjeu dans cette réflexion.

4.2.3 La première posture

Après être allée sur le terrain de la proximité, j'ai souhaité connaître le positionnement des cadres de manière plus précise et notamment lors de leurs premières prises de fonction en tant que cadre ou dans une nouvelle équipe.

Ce que disent les cadres

C1, issue de la filière infirmière de secteur psychiatrique¹³³, explique qu'à sa prise de fonction en pédiatrie, personne ne la connaissait mais qu'il y avait dès le départ un a priori dû à son inexpérience dans la spécialité de pédiatrie et dans les soins techniques. La première posture que C1 a adoptée a été la transparence. Elle explique qu'elle a rapidement organisé une réunion de service pour expliquer son parcours professionnel, d'où elle venait et comment elle souhaitait fonctionner avec les soignants. C1 met en avant le fait qu'elle a été honnête sur ces compétences : « *J'ai annoncé dès le début que j'aurai besoin de leur expertise et que moi je leur apporterai la mienne* ». Elle a proposé dès le départ d'instaurer une relation d'échange basée sur la franchise pour créer un lien entre elle et l'équipe.

C2 explique que sa prise de fonction dans une équipe de soin a été très compliquée. Issue de la filière masseur-kinésithérapeute, elle met en exergue un manque de légitimité ressenti dès son arrivée. Pour pallier cette difficulté elle a décidé d'instaurer un management directif pour montrer qu'elle était sa place et « *poser le cadre* ». C2 explique que sa posture n'était pas du tout assurée puisque le chef de service n'était pas en accord avec elle et que la direction des soins, qui lui avait permis d'être positionnée à ce poste, avait changé et ne la soutenait pas dans ces difficultés managériales. C2 est restée 2 ans dans ce service mais explique qu'elle n'a jamais été légitimée ni même reconnue par l'équipe de soin et qu'elle a dû quitter l'unité pour ne pas quitter la profession. C2 a pu être positionnée sur l'encadrement de l'équipe de rééducateurs sur laquelle elle n'a pas eu de difficulté à se positionner en supérieur hiérarchique : « *je me suis sentie beaucoup plus légitime et n'ai pas eu besoin de faire preuve d'autorité. Mon expertise suffisait à asseoir cette légitimité que je n'avais pas eu auprès des infirmières et aides-soignantes* ».

C3 connaissait plusieurs agents de l'équipe à sa prise de poste car elle exerce dans sa ville natale et a retrouvé d'anciens tuteurs de stage et des connaissances extérieures. Pour pallier rapidement les a priori existant entre elle et les soignants, C3 a très rapidement instauré une distance physique « *pour ne pas encourager la proximité physique, comme faire la bise* ». Sa plus grande crainte était d'être discréditée dans ses décisions du fait qu'elle connaissait de manière extra-professionnelle des membres de l'équipe : « *J'avais peur que l'on me taxe d'injuste et non équitable dans mon management. Cette posture distante m'a permis de pouvoir, aujourd'hui, éclaircir les relations professionnelles et me facilite la tâche lorsque je dois me positionner en tant que supérieur auprès d'eux, comme pour les décisions difficiles ou les évaluations annuelles* ». C3 met en avant que c'est une posture de distanciation choisie : « *pour aussi ne pas mettre en danger mon éthique managériale* ».

¹³³ Diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique abrogé par l'arrêté du 23 mars 1992 portant création d'un diplôme d'état infirmier polyvalent.

C4 ne connaissais pas les membres de l'équipe à son arrivée mais était la nouvelle femme du médecin coordonnateur de l'établissement. Elle explique que cette situation n'a pas posé de problème aux agents mais plutôt à la direction et aux autres médecins. Elle explique qu'aujourd'hui les difficultés se sont estompées sauf auprès des autres médecins. Pour C4 cette situation lui a fait adopter le rôle de porteur de projet, toujours en mouvement et à solliciter les équipes pour monter des projets importants. Elle explique qu'elle avait besoin de montrer qu'elle avait du savoir-faire et qu'elle n'était pas uniquement « femme de ». Depuis son diplôme, elle a pris ses fonctions dans les mêmes services de soin mais cette année de formation lui a permis de prendre du recul et d'être plus dans la mesure : « *je suis plus dans la mesure, l'observation et l'écoute. Je suis plus posée et n'ai plus besoin de légitimer ma place. J'ai dû avoir une réelle réflexion sur mon positionnement* ».

C5, à sa prise de fonction, connaissait déjà un peu l'équipe de soin et particulièrement 2 soignantes. Elle a souhaité l'annoncer rapidement à tous pour qu'il n'y ait pas de bruits de couloir à ce sujet : « *J'ai joué la transparence sur le fait que je connaissais ces 2 infirmières et j'ai demandé que le vouvoiement soit instauré avec les autres agents. Je pense que cela m'a aidé à me positionner* ». C5 exprime avoir des difficultés à faire le deuil de sa profession d'infirmière et pour l'aider, elle s'est investie dans de nombreux projets : « *avant je travaillais en équipe, j'avais des collègues et là, je me suis retrouvée seule dans cet établissement et je me suis lancée dans tout un tas de projet...(silence)...peut être pour combler* ». C5 explique que sa posture auprès de l'équipe soignante est encore en construction aujourd'hui.

Analyse de contenu :

- La légitimité

La question de la première posture a mis en exergue la notion de légitimité chez 4 cadres interrogées sur 5. Légitimer sa place apparaît alors comme un élément moteur dans les prises de fonction. Que ce soit les compétences ou tout simplement le statut, la quête de légitimité est un réel besoin pour se positionner.

- La cadre projet

La notion de projet n'est pas une notion que j'avais pressentie en construisant mon enquête. En effet, l'activité projet apparaît pour 2 des cadres interrogées comme un moyen de faire reconnaître ses compétences et de se positionner en tant que leader. Avoir des projets pour le groupe ou l'organisation permet de créer et donc d'apporter de la substance au rôle du cadre.

- La transparence

Pour 2 des cadres interrogées, la transparence sur leurs attentes, sur leur fonctionnement et sur leur expérience a permis de les mettre directement en relation avec les équipes encadrées. C'est finalement le besoin de se faire connaître pour être reconnu qui a fait apparaître la transparence comme un moyen de se positionner au départ.

- L'honnêteté

2 des cadres interrogées expriment que l'honnêteté a été leur ligne de conduite principale dans leur positionnement de départ. Cette honnêteté envers elles même et les autres leur a permis de poser des bases relationnelles saines.

- La distanciation

Prendre de la distance est pour 3 des cadres un comportement qui leur a permis d'être dans la justesse au quotidien. 3 des 5 cadres interrogées avaient des liens extra-professionnels avec des membres de l'unité et pour pallier les craintes de dérives telles, l'injustice, le manque d'équité ou l'émotionnel ; la distanciation leur a permis d'équilibrer les relations.

- L'autorité

Seule une des cadres a fait valoir son positionnement directif à sa prise de poste. Dans un souci de légitimité elle a mis en place un management directif qui n'a finalement pas été concluant. Pour les 4 autres cadres, l'autorité n'a pas été évoquée dans leur positionnement de départ.

Synthèse de contenu

La première posture est pour l'ensemble des cadres le point d'ancrage de leur management. C'est elle qui va marquer leur identité de cadre et c'est de cette manière qu'elles entrent en relation avec les équipes qu'elles managent. Je relève ici que, quelle que soit la posture adoptée, elle découle d'une réflexion personnelle prenant en compte plusieurs paramètres de la situation. Les cadres interrogées ont toutes eu une réflexion quant à leur approche managériale dans le but d'asseoir leur positionnement et dans la vision de leur management futur.

4.2.4 Les cadres face à une situation difficile

Dans le cadre de ma recherche, il m'a semblé pertinent de comprendre, via ces entretiens, comment les cadres fonctionnaient en cas de difficultés majeure dans leur management. J'ai tout d'abord demandé aux cadres qu'elle avait été pour eux la situation managériale la plus compliquée à gérer afin de mettre en avant où elles situaient les difficultés les plus importantes dans leur exercice quotidien.

Ce que disent les cadres

C1 a souhaité me parler d'une situation difficile via les relations qu'elle a eu avec la direction de son établissement lors d'un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) : « *Le directeur de l'époque m'a demandé d'agir contre mes valeurs. J'ai annoncé mon droit de réserve et il l'a outrepassé. Je risquais de perdre ma place et j'ai donc exécuté ses ordres. J'y pense encore aujourd'hui* ». Pour C1, il est important que le cadre de santé comprenne où se situe le pouvoir et comment il est exercé. C1 explique que lorsque des décisions sont difficiles à prendre et qu'il n'y a pas le choix, il faut réussir à y mettre du sens. C1 termine en expliquant que le cadre de santé ne doit pas rester seule dans la difficulté : « *Dans de telles situations il faut beaucoup discuter avec ses pairs et ne pas rester seule* ».

C2 a mis en avant les difficultés avec sa hiérarchie lors de situations complexes récurrentes dans le service de soin. Les habitudes et les intérêts personnels de chacun sont pour elles délétères à la bonne marche d'une organisation : « *Suite à une problématique constante dans le service de soins de suite que je voulais régulariser, j'ai énormément manqué de soutien de la part du médecin et de ce fait je manquais complètement de légitimité auprès des équipes. La direction des soins m'a aidé jusqu'au changement de directrice. A l'arrivée de la nouvelle directrice des soins je n'avais plus de soutien* ». C2 explique que le cadre ne peut pas tout surtout s'il est seul et qu'il doit parfois être capable de se positionner dans une démarche réflexive pour comprendre les enjeux de la situation : « *Si je n'avais pas eu de l'expérience dans mon ancien établissement, j'aurais renoncé à rester cadre de santé* ».

C3 explique que la plus grosse difficulté qu'elle ait eu à gérer était due à un manque de communication entre pairs, ce qui l'a mise en difficulté auprès des agents : « *Aux urgences où je travaille, nous sommes trois cadres et je suis la seule faisant fonction, le plus difficile a été pour moi de me sentir manipuler de la part des agents en l'absence d'un autre membre de l'équipe d'encadrement, par manque d'information de celle-ci* ». C3 met en avant que les difficultés à se coordonner sur la gestion d'un service, amènent à de l'incertitude et pour C3 : « *Ce genre de situation met obligatoirement le cadre en porte-à-faux face aux équipes et le décrédibilise* ».

C4 a tout de suite mis en avant que les plus grosses difficultés en termes de management se situe dans le manque de confiance en sa hiérarchie. C4 explique qu'elle a pris des décisions sur le temps de travail de l'équipe de soin (positionnement des congés d'été) et que la direction a répondu favorablement aux agents qui contestaient cette décision : « *J'ai refusé des congés à un agent car il fallait faire un choix et tranché justement. J'ai pris toutes les dispositions pour être la plus juste possible mais l'agent a fait intervenir les syndicats et a finalement eu gain de cause. La direction m'a demandé de régler le problème au mieux et c'est tout ce que j'ai eu comme réponse et comme soutien* ».

C4 explique que les répercussions ont été délétères sur son positionnement et sa crédibilité. De plus, C4 insiste sur le fait que la direction s'est complètement désengagée de cette situation et que les répercussions ont été très difficiles à gérer : *« J'ai perdu en crédibilité et j'appréhende la négociation pour les congés l'année prochaine. Le manque de positionnement de la direction impact tout le monde »*.

C5 n'exprime pas de réelles difficultés dans son management au quotidien. Elle met juste en avant les difficultés qu'elle a à être objective dans ses choix lorsqu'ils concernent les agents individuellement, du fait qu'elle dit avoir des « *a priori* » sur certains et qu'elle en connaît d'autres plus personnellement : *« Il est vrai que de connaître personnellement certains agents et d'avoir effectué un stage dans ce service m'a desservi. Avec les discussions que j'ai pu avoir avec la cadre précédente sur l'exercice des agents, leur comportement, etc...je suis arrivée avec des a priori difficiles à oublier et j'ai toujours peur que cela influence mes décisions »*.

Analyse de contenu

- La hiérarchie

3 des 5 cadres interrogées expriment que, quelles que soient les difficultés, le rôle de la hiérarchie est un facteur primordial à prendre en compte. Je relève que les cadres de santé sont dans une réelle demande de soutien de leur hiérarchie dans les difficultés. Je relève aussi que les répercussions des relations entre les cadres et leur hiérarchie sont immédiates sur leur travail opérationnel. Pour ces trois cadres, la direction, qu'elle soit des soins ou administrative, a une responsabilité sur l'organisation et ses acteurs.

- Le collectif

2 des 5 cadres interrogées mettent en avant le rôle des pairs dans les difficultés au quotidien. Le collectif cadre est un moyen fort pour solidifier leur positionnement. Au même titre que la hiérarchie, le positionnement des pairs peut s'avérer un soutien comme un frein dans le management du cadre de santé. Ici aussi les cadres expriment un besoin de cohérence entre les cadres.

- Les agents

Sur les 5 cadres, 4 ont exprimé que les difficultés étaient d'abord soulevées par les agents mais aucun des cadres n'exprime que les agents sont ce qui a posé le plus de problème dans la gestion de la situation. Seule une des cadres met en avant ses difficultés auprès des agents mais explique que, là aussi, ce ne sont pas eux qui posent le problème mais plutôt son propre positionnement.

Synthèse de contenu

Je relève que, dans les situations les plus difficiles que les cadres interrogées ont eu à gérer, le facteur principal est la hiérarchie du cadre. Pour les cadres, le besoin de cohérence entre elles est la hiérarchie est mis en valeur par les impacts délétères qui s'opèrent sur l'organisation, leur crédibilité et in fine sur les agents. Les cadres cherchent un soutien dans leur hiérarchie mais recherchent ce soutien aussi de la part de leurs collègues cadres. En effet, on remarque que les impacts sur un manque de soutien ou de cohérence entre pairs est tout aussi délétère. Le mot crédibilité revient plusieurs fois dans les différents entretiens ce qui me renvoie à la notion de confiance qui permet de se fier, de croire en quelqu'un. Cette recherche de crédibilité serait alors une recherche de confiance de la part des cadres.

4.2.5 Des relations de travail sereines

Etre cadre de santé c'est avant tout exercer un métier de relations. Pour cela, il me paraissait important de connaître le point de vue des cadres sur ce sujet et plus particulièrement sur ce que signifie pour eux des relations de travail sereines.

Ce que disent les cadres

C1 expose la simplicité de la relation entre le cadre et les agents. L'authenticité et la fidélité à ses propres valeurs sont le point d'ancrage des relations sereines : « *Pour moi c'est simple, il faut être soi-même, ne pas jouer un rôle, être authentique et toujours fidèle à ses valeurs* ». La valeur première que C1 met en avant est le respect. C'est pour elle une valeur essentielle dans la relation. C1 apporte ensuite la notion de franchise : « *Il faut être franche mais pas « cash », ne surtout pas humilier un agent en lui reprochant des choses devant ses collègues* ». C1 poursuit l'entretien en expliquant que ces valeurs se nourrissent d'honnêteté, d'équité et de bienveillance. Pour C1, des relations sereines construisent la confiance et elle explique que cette confiance est renforcée lorsque le cadre agit en cohérence avec ses paroles et ses valeurs : « *Je crois que manager c'est être vertueux dans le sens où si l'on veut que ça fonctionne on ne peut pas tricher* ».

C2 expose que des relations sereines dans le cadre de son travail passent tout d'abord par le lien créé avec la hiérarchie. L'autre facteur permettant d'instaurer des relations sereines est la connaissance qu'elle a des agents et de leur travail. Via cette connaissance, le cadre donne du sens à ses actions et les agents le reconnaissent. Pour C2, la satisfaction des besoins des agents est aussi un critère de sérénité dans les relations de travail : « *Il faut donner à l'équipe l'occasion de satisfaire leurs besoins au travail* ». La communication est l'outil privilégié de C2 pour la pérennité des relations sereines : « *La communication est le plus important. Surtout maintenir la communication et jamais de langue de bois* ».

C3 exprime que c'est l'honnêteté qui doit primer pour que les relations soient sereines : « *Je peux ou je ne peux pas mais je le dis, dans la limite de ce que j'ai le droit de dire* ». C3 met en avant l'écoute comme outil essentiel de cette sérénité : « *Je veux que l'autre sache que j'ai entendu* ». Pour C3, être honnête avec les autres et avec soi-même est le socle de la relation sereine et de confiance entre le cadre et l'équipe soignante.

C4 explique que les relations sereines se mettent en place à partir du moment où la satisfaction des besoins des agents est visée. Pour C4, il est essentiel que chacun connaisse le rôle qu'il a à jouer dans l'organisation et le cadre en a la responsabilité : « *Il faut remettre les rôles de chacun à leur place et aider les agents à se positionner pour qu'ils trouvent la leur, sans jamais les juger* ».

C5 estime que des relations sereines ne peuvent s'inscrire que via la communication. Le cadre qui laisse le droit à chacun de s'exprimer et qui se montre attentif envers chacun, œuvre pour des relations sereines. C5 exprime aussi la notion de non jugement : « *Il faut aider les agents à se mettre en réflexivité et les amener eux même à comprendre leurs erreurs afin de ne pas être dans le jugement mais dans l'accompagnement* ». Pour C5, le cadre est un moteur voire un exemple à suivre dans ces relations professionnelles : « *S'il perd son élan et son énergie, ça s'écroule vite et les relations se dégradent rapidement* ».

Analyse de contenu :

- La communication

Pour 4 cadres sur 5 interrogées, la communication est un outil incontournable pour construire des relations sereines. Le cadre se pose à la fois comme émetteur et récepteur. La capacité du cadre à communiquer auprès des soignants et ses capacités d'écoute sont pour les 4 cadres des compétences sans lesquelles la sérénité des relations n'est pas possible.

- Le non jugement

2 cadres sur 5 interrogées ont mis en avant la notion de non-jugement. Cette perspective est pour les 2 cadres un moyen de laisser l'autre s'exprimer, de lui laisser de la place et d'avoir une réelle position réflexive dans la relation à autrui.

- L'honnêteté

Pour 3 cadres sur 5 interrogées, mettent en exergue l'honnêteté comme principe constitutif des relations sereines. Non seulement le cadre doit être honnête avec l'équipe qu'il encadre mais avant tout avec lui-même. Cette honnêteté est attendue des agents en retour. Je relève qu'il y a une recherche de réciprocité qui s'installe dans la relation entre le cadre et les équipes de soin.

- La confiance

Pour 2 cadres interrogées, la confiance découle naturellement des relations sereines. Le degré de confiance mutuelle dans une équipe est un véritable indicateur du niveau de sérénité dans la relation à l'autre.

- La satisfaction des besoins

2 cadres ont émis comme facteur agissant sur la sérénité des relations, la satisfaction des besoins. Repérer les besoins, tenter de les satisfaire permet pour les deux cadres d'alimenter des relations sereines.

Synthèse de contenu

Cette question a permis aux cadres interrogées de mettre en exergue leur représentation des relations sereines et les stratégies pour atteindre un degré de sérénité. Je relève que beaucoup de facteurs sont soulevés mais que les compétences communicationnelles du cadre apparaissent comme le principal outil permettant de construire des bases solides à la relation. La communication à elle seule ne suffit pas à pérenniser cette sérénité, elle doit être vectrice de valeurs et être cohérente avec les actes de celui qui communique. En ce sens la communication se veut honnête et authentique. Je retrouve ici la théorie du « walk to walk »¹³⁴ permettant de lier les paroles et les actes. Si je me réfère à mon cadre conceptuel, les cadres pour qui la communication se doit d'être honnête parlent finalement d'exemplarité. Enfin, le non jugement ou la reconnaissance de la place de chacun sont des critères que les cadres ont mis en avant dans la construction des relations de travail.

4.2.6 La prise de décision :

Après avoir dressé un tableau des relations de travail entre les cadres, les équipes de soin et la hiérarchie, j'ai souhaité diriger l'entretien sur les actions du cadre de santé. L'un des principes explorés dans le management éthique est le fait d'agir en cohérence avec ses paroles. En regard de mon travail de recherche, j'ai interrogé les cadres sur leur positionnement lorsqu'elles agissent en capacité de prise de décision.

Ce que disent les cadres

C1 explique que pour pouvoir faire entendre ses décisions, le cadre doit avant tout être sûr de lui. Cette assurance est à travailler en amont en ayant une posture réflexive et en essayant de comprendre quel message il veut faire passer et quel résultat il souhaite avoir en retour. Pour cela, C1 parle du sens qu'elle y met : « *si la décision a du sens pour moi je serai plus en mesure l'annoncer* ». Ensuite C1 explique que pour y mettre du sens, il faut parfois rendre concret ce que l'on annonce et se baser sur des indicateurs qui peuvent aider dans les décisions difficiles, comme par exemple lorsqu'il s'agit de remettre en question les pratiques ou le comportement d'un soignant : « *Dans les décisions difficiles concernant un agent, je me sers d'indicateurs : plaintes de patients par exemple et si ce sont des collègues qui se plaignent alors je suis plus vigilante* ». Pour C1, il faut alimenter ses décisions avec « *des faits qui sont vérifiables, mesurables et objectifs* ».

¹³⁴ Boffa-Comby. P. *L'exemplarité aux sources du leadership*. L'Expansion Management Review. Janvier 2012. n° 144. p. 90-95. En ligne <https://www.cairn.info/>

C2 exprime qu'elle argumente toutes ses décisions et que la priorité est l'honnêteté : « *Il ne faut surtout pas de langue de bois et surtout pas de bruits de couloir* ».

C3 met en avant qu'elle ne décide jamais à chaud et prépare toujours une argumentation. En revanche, lorsque la décision n'est pas de son fait, elle n'argumente pas : « *Si je ne suis que porteuse d'une décision qui vient de la hiérarchie, les agents savent d'eux même qu'ils n'ont pas le choix, je n'ai pas besoin d'argumenter* ».

C4 explique que ses décisions sont en général acceptées mais qu'elle essaie toujours de trouver les bénéfices et les avantages à ses choix pour pouvoir argumenter. Aussi, C4 explique qu'elle inclue les agents dans ses décisions en les mettant en position réflexive pour qu'ils trouvent eux aussi un sens aux choix qui sont faits : « *Pour faire adhérer même si ce n'est pas facile, je mets souvent les agents en condition de réflexivité, je les responsabilise* ».

C5 met en avant que ses décisions sont facilement acceptées et s'étonne de cela : « *Je pense que c'est mon statut de cadre qui veut ça. Je suis même parfois étonnée de ne pas avoir à argumenter* ». Pour C5, si les agents connaissent le fonctionnement du cadre et si ce fonctionnement est bienveillant alors ils ont confiance et adhèrent plus facilement ».

Analyse de contenu

- L'Argumentation

4 cadres sur 5 interrogées mettent en avant l'argumentation dans leurs prises de décision. Cette argumentation a, pour elles, fonction de solidifier la décision et d'y mettre du sens. L'argumentation ne semble pas être un moyen de justification car ce terme n'est jamais apparu dans les entretiens. En revanche cet argumentaire, préparer en amont, permet au cadre, d'une part de se poser des questions puis, d'autre part, de pouvoir répondre à celles des agents. Elle met en lumière une réflexion avant l'action.

- Le sens

2 cadres sur 5 interrogées explicitent la notion de sens qu'elles donnent à la décision mais le sens est malgré tout présent, de manière implicite, dans chacun des entretiens. Que le cadre explique et argumente pour donner du sens à ces choix, ou que le cadre positionne l'équipe dans la capacité de trouver elle-même du sens aux décisions, la notion de sens est omniprésente.

- La réflexivité

Elle est mise en avant par 3 cadres sur 5. Elle est un moyen pour le cadre de donner du sens à son action, de ne pas être dans la précipitation et diminuer le risque d'erreur. Cette réflexivité est aussi mise à disposition des agents pour qu'ils comprennent le sens des choix qui sont faits.

- Assurance du cadre

2 cadre sur les 5 interrogées ont évoqué le terme d'assurance. L'assurance du cadre comme une certitude que le choix est le meilleur et donc une confiance augmentée lors de la prise de décision. Cette assurance peut alors apparaître comme de la confiance en soi pour les cadres.

Synthèse de contenu

La majorité des cadres a mis en avant l'argumentation comme moyen de communiquer une décision. Cette argumentation permet, pour elles, de donner du sens aux choix qui sont faits et de pouvoir rendre concrète chaque décision. En donnant du sens, les cadres se positionnent dans une démarche réflexive voire y positionnent les agents. Ainsi, les agents deviennent acteurs des décisions et cette responsabilité peut s'avérer devenir un facteur d'adhésion.

4.2.7 La qualité principale du cadre

A ce stade des entretiens, j'ai proposé aux cadres de me donner quelle serait pour eux la principale qualité que le cadre doit posséder pour pouvoir manager une équipe de soin. Le but était de connaître leur représentation du manager exemplaire : le symbole.

Ce que disent les cadres

C1 a mis en avant les notions d'exemplarité comportementale, d'intégrité et d'honnêteté. Aussi pour C1 : « *Le cadre doit faciliter le travail sans devoir dire amen à tout* ».

C2 exprime que pour elle le cadre ne doit jamais montrer qu'il doute par risque d'être compris par l'équipe comme une marque de défaillance. Pour éviter de montrer ses doutes il doit se montrer avant tout réflexif et montrer qu'il sait reconnaître ses erreurs. C2 choisit de citer des critères comme : « *Etre juste, être honnête avec soi-même et les autres et surtout ne jamais montrer de préférence* ». C2 expose les compétences que le cadre doit développer qui sont l'empathie et l'écoute.

C3 exprime que le principal critère pour manager une équipe c'est : « *Etre capable d'instaurer une confiance mutuelle* ».

C4 met en avant que le cadre de santé doit : « *Sans cesse se renouveler pour ne pas se faire bouffer* ». En ce sens, C4 exprime que le cadre doit être avant tout : « *créatif et se faire le pari du sens* ».

C5 explique que pour elle le cadre ne doit jamais montrer ses doutes et avoir une certaine assurance pour être suivi. Il doit aussi « *bien connaître les professions qu'il encadre pour ne pas se faire duper* ». Pour C4 il est plus facile d'avoir un management de qualité dans une équipe qui possède les mêmes origines professionnelles que lui.

Synthèse de contenu

Les réponses à cette question ne me permettent pas d'analyser précisément quelle est la qualité principale que les cadres pensent mettre en œuvre pour manager efficacement une équipe de soin. En effet, chacune des cadres interrogées a des visions différentes et de nombreux critères ont été mis en avant. Je relèverai cependant l'assurance, l'honnêteté et l'exemplarité dans ce qui a été principalement énoncé comme les principaux critères de modèle.

4.2.8 Réciprocité de la confiance

J'ai terminé cet entretien sur la représentation que pouvaient avoir les cadres de la notion de confiance dans une unité de soin. Instaurer la confiance est un objectif de la relation et je souhaitais comprendre comment ils mettaient en œuvre leur compétence pour réussir à atteindre ce but.

Ce que disent les cadres

C1 explique qu'avoir confiance « *s'est sentir que l'on peut compter sur quelqu'un et l'honnêteté et la justice du cadre facilitent ce sentiment* ». Pour C1, la réciprocité est importante dans une relation de confiance. Pour cela le cadre doit à son tour faire confiance à ses équipes.

Pourtant, C1 met en avant les jeux qui s'exercent dans les relations de travail entre le cadre et les soignants : « *Il y a toujours des jeux de dupe qui s'opèrent dans un service, il faut rester vigilant* ». C1 différencie la confiance qu'elle peut mettre dans ses équipes et celle qu'elle donne à sa hiérarchie. C1 explique qu'elle ne peut faire confiance à sa hiérarchie que si, ensemble, elles partagent de valeurs communes : « *J'ai confiance si les valeurs de la hiérarchie sont les miennes, c'est-à-dire que c'est le patient qui doit être notre objectif premier. J'attends d'un directeur de soin du soutien en cas de difficultés* ». Pour C1, la franchise vient souder un sentiment de confiance mais elle termine l'entretien par : « *Pour moi il faut toujours être méfiant envers la hiérarchie et prudent avec les équipes* ».

C2 explique qu'elle observe, analyse et fait analyser les situations par les agents eux-mêmes et que ce sont les échanges qui permettent cette confiance. C2 met en avant la notion de justice et le fait que les agents doivent savoir que le cadre est intègre. Dans les situations compliquées, C2 explique que : « *Un agent qui connaît ses défaillances va attaquer avant de se faire attaquer. Pour désamorcer ce genre de situation c'est la confiance qui aura été instaurée au préalable qui sera la clef* ». Pour C2, la confiance est un construit qui a déjà fait ses preuves et elle le transpose à la relation qui peut exister entre le cadre et la hiérarchie : « *J'ai confiance en ma hiérarchie si elle m'a déjà montré du soutien* ».

C3 indique que la confiance n'est jamais acquise et qu'elle s'entretient au quotidien : « *La confiance ça s'entretient tous les jours. C'est un équilibre fragile, on met du temps à l'instaurer et cela peut se déliter ou se casser rapidement* ». Pour éviter cette rupture, C3 met en avant la capacité du cadre à assumer ses erreurs : « *Quand j'ai fait une erreur je l'assume et je communique, j'attends la même chose des soignants, je ne peux pas m'accorder de venir travailler en ayant ce sentiment d'avoir trahit quelqu'un* ». Pour C3, la transparence est un facteur majeur dans la construction de la confiance car c'est un comportement sécurisant. C3 exprime que sa hiérarchie a confiance en elle et qu'elle le lui a prouvé en lui donnant des missions importantes. Pourtant, C3 avoue ne pas avoir une confiance totale en sa hiérarchie : « *En revanche il y a l'attitude qui ne reflète pas toujours les paroles, surtout lorsqu'il y a d'autres acteurs. Je n'ai donc pas une totale confiance en ma hiérarchie* ».

C4 met en avant l'honnêteté comme principal facteur de la confiance. C4 insiste sur le non jugement et explique qu'il ne faut pas être moralisateur mais plutôt avoir une démarche éthique dans son fonctionnement. Instaurer une relation de confiance est aussi, pour C4, alimenté par le fait de ne jamais laisser un agent dans une frustration. C4 exprime le manque de confiance qu'elle a en sa hiérarchie. Pourtant, elle pense que sa hiérarchie a confiance en elle : « *Je pense qu'elle a confiance en moi mais moi je n'ai pas confiance en elle. J'ai eu trop de situations qui ont montré que ce n'était pas une direction envers qui on pouvait se fier* ». C4 rappelle l'importance d'être soutenu et d'avoir confiance en sa hiérarchie, sans laquelle le cadre perd en crédibilité auprès des soignants et, in fine, perd leur confiance.

C5 explique que la confiance commence par soi-même : « *Avoir confiance en soi surtout avant d'avoir confiance aux autres* ». Pour C5, la proximité aide à la confiance puisqu'elle permet de se représenter et de se faire connaître : « *Par exemple je suis très éloignée de la direction par la distance physique donc je ne peux pas dire que j'ai une confiance importante en elle. Je ne la connais pas assez* ».

Analyse de contenu

- L'honnêteté

L'honnêteté est le critère le plus prégnant dans les réponses apportées. En effet, 3 cadres sur 5 interrogées mettent l'honnêteté en première intention pour instaurer une relation de confiance.

- La justesse

Etre juste fait partie du socle des valeurs énoncées par les cadres

- L'authenticité

La cohérence entre les paroles et les actes tient une place prépondérante dans la relation de confiance énoncée par les cadres. Elle se pose comme un prescrit, une preuve que l'on peut donner notre confiance à quelqu'un.

- La prudence :

Je relèverai que dans les réponses obtenues, il persiste une certaine méfiance ou tout du moins une prudence des cadres vis-à-vis principalement de leur hiérarchie.

- Les preuves

Pour les cadres, la confiance est un construit qui peut se déliter à tout moment. L'attention est alors portée sur ce qui permet d'une part d'instaurer la confiance mais aussi, d'autre part, sur ce qui peut la maintenir. Les preuves par les actes sont ce qui ressort le plus des entretiens.

Synthèse de contenu

Ce questionnement sur le concept de confiance a permis de mettre en exergue que c'était un construit qui devait toujours être entretenu et que les actes viennent consolider cette construction. Je relèverai que la réciprocité n'est pas systématique et que la confiance se veut parfois à sens unique, plus précisément auprès de la hiérarchie. En effet, 4 cadres énoncent qu'elles n'ont pas confiance en leur hiérarchie.

Ces entretiens ont été très riches et j'ai pu relever des éléments auxquels je n'avais pas pensé et qui me sont apparus intéressants de faire ressortir comme par exemple les difficultés avec la hiérarchie et je m'aperçois aujourd'hui, qu'enquêtant auprès des soignants sur leur relation avec le cadre de santé c'est finalement poser la question de la relation avec leur hiérarchie.

4.3 Questionnaires à l'attention des soignants

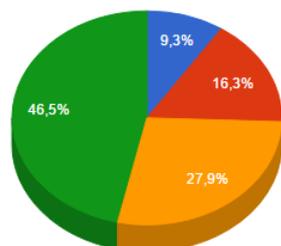
J'ai choisi d'effectuer des questionnaires¹³⁵ auprès des soignants pour toucher un grand nombre de personnes. Pour ma recherche il m'a semblé pertinent de traiter la relation entre le cadre et l'équipe encadrée avec une majorité de questions fermées qui permettent de dresser un panorama des représentations au sein de petites et moyennes structures de proximité. J'ai diffusé 80 questionnaires dans 2 établissements de soin, auprès des équipes infirmières, aides-soignantes et agents des services hospitaliers affectés aux soins. Sur les 80 questionnaires diffusés, 42 sont exploitables.

4.3.1 Profil des soignants interrogés

Pour connaître la population interrogée :

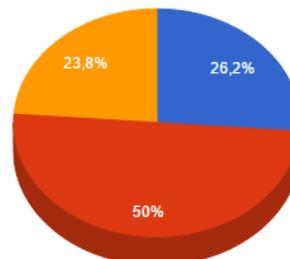
Tranche d'âge

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50 et plus



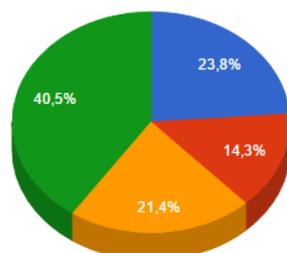
Corps professionnel

- infirmière
- aide soignante
- agent des services hospitaliers



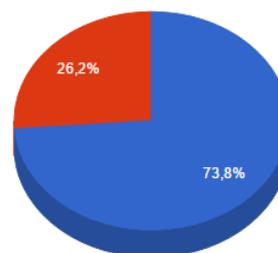
Ancienneté dans les soins

- [<]5ans
- 5 à 10 ans
- 10 à 20 ans
- [>]20ans



Taille des équipes

- [<]20
- [>]20



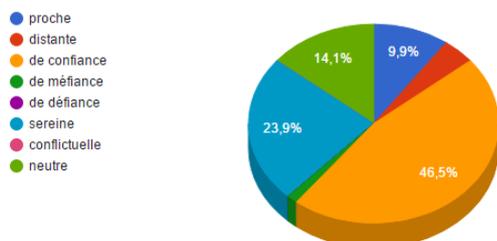
Synthèse des résultats :

Je relève ici que plus des $\frac{3}{4}$ des agents interrogés ont plus de 40 ans et sont issus du corps aide-soignant ou agent des services hospitaliers affecté aux soins. On remarque qu'une grande part des personnes interrogées ont une ancienneté supérieure à 20 ans dans le milieu des soins. Enfin, un peu moins des $\frac{3}{4}$ exercent dans des équipes plutôt petites, de moins de 20 agents.

4.3.2 La relation soignant / cadre

Cette question m'a permis de mettre en lumière comment les soignants ressentent la relation qu'ils entretiennent avec leur encadrement :

¹³⁵ Annexe 4 : Questionnaires soignants



Synthèse des résultats

La relation avec le cadre de santé est en majorité vécue comme une relation de confiance et sereine. En revanche, un peu moins de 10% des personnes interrogées estiment être proches de leur cadre de santé.

4.3.3 Le cadre de proximité vu des soignants

J'ai choisi de laisser les réponses à la question de la proximité en texte libre pour ne pas orienter les soignants et laisser libre leur représentation du cadre de proximité. La majorité des soignants a répondu qu'un cadre de proximité était principalement à l'écoute de son équipe. Le cadre de proximité est considéré comme une personne de confiance et responsable, qui assume ses responsabilités. Pour les soignants ayant répondu, il est nécessaire que le cadre possède des qualités professionnelles mais aussi humaines.

4.3.4 Les critères du manager exemplaire

J'ai souhaité mettre ici une question à choix multiples avec ordre de priorité pour permettre aux soignants de hiérarchiser ce que doit posséder un cadre pour pouvoir manager au mieux une équipe de soin. Les indications portaient sur le choix de trois critères choisis parmi 14 :

Moyenne

compétence	priorité 1.5
honnêteté	priorité 2
proximité relationnelle	priorité 2.1
présence physique	priorité 1.8
autorité	priorité 2.7
équité	priorité 1.9
reconnaissance	priorité 3
expertise	pas de réponse
digne de confiance	priorité 2.2
sympathie	priorité 2.7
exemplarité	priorité 3
expertise en soin	priorité 2
empathie	priorité 3
charisme	pas de réponse

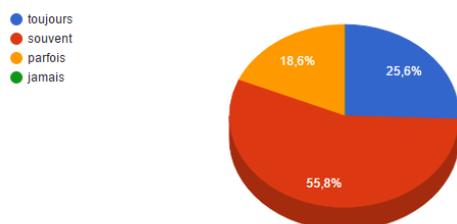
Synthèse des résultats :

Pour les agents interrogés, les principaux critères qu'un cadre doit posséder sont la compétence, qui est arrivée le plus souvent en premier choix, puis la présence physique et l'équité. L'honnêteté et l'expertise en soin arrivent majoritairement en seconde position. On remarque que les critères sont d'ordre professionnels sur les actions et d'ordre comportemental via des valeurs telles l'équité et la confiance.

On remarque aussi que l'empathie, l'exemplarité et la reconnaissance n'arrivent qu'en troisième position et que l'expertise et le charisme ne sont jamais cités.

4.3.5 Un cadre aidant dans la difficulté

Par cette question j'ai souhaité mesurer comment les agents ressentaient l'encadrement dans les situations difficiles.

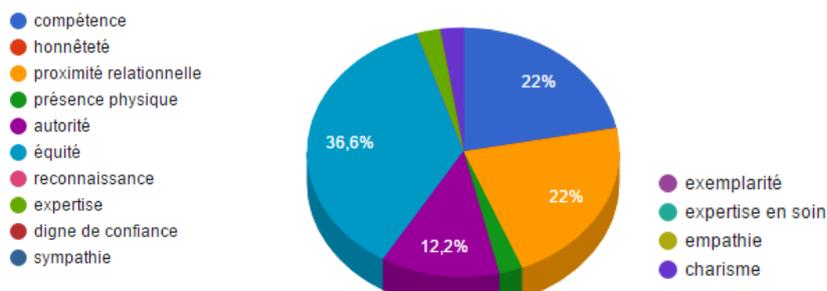


Synthèse des résultats :

Plus des $\frac{3}{4}$ des agents interrogés estiment que le cadre de santé est aidant dans les situations difficiles.

4.3.6 Critères aidants dans la difficulté

La question suivante permet de connaître, en fonction des critères proposés dans le premier tableau, en quoi le cadre s'est montré aidant lors des situations difficiles :



Synthèse des résultats

Les résultats montrent que les critères mobilisés par le cadre sont assez divers. Le pourcentage le plus important montre que les cadres ont fait preuve d'équité dans le management des situations complexes. On note aussi une forte apparition des critères de proximité relationnelle et de compétence dans ce type de situation. L'autorité tient une part non négligeable dans les résultats.

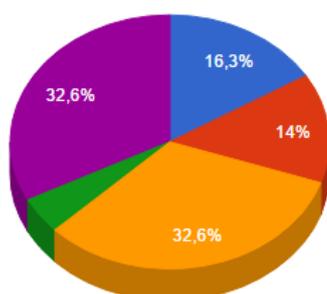
4.3.7 Lorsque le cadre n'est pas aidant que devrait-il mobiliser ?

Via cette question, j'ai cherché à mettre en lumière ce que les cadres devraient mobiliser dans des situations complexes que les soignants ont estimé non gérées. J'ai choisi de proposer aux soignants de s'inspirer du tableau précédent pour répondre à cette question. Les soignants ont peu répondu mais j'ai pu relever que ce sont l'exemplarité et l'équité qui devraient être mobilisés par le cadre lorsque la situation est non gérée.

4.3.8 Définition de la confiance

En partant de 5 définitions du Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, j'ai souhaité, pour cette question, demander aux soignants comment ils définissaient la confiance dans la relation qu'ils entretiennent avec leur cadre.

- un sentiment de sécurité
- un crédit accordé à quelqu'un
- la place donnée à quelqu'un dont on est sûr
- ce qui permet de confier des responsabilités à une personne plus qu'à une autre
- un sentiment qui se mérite



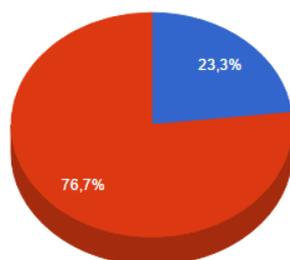
Synthèse des résultats :

Les réponses sont assez partagées mais les deux définitions les plus prégnantes sont « *la place donnée à quelqu'un dont on est sûr* » et « *un sentiment qui se mérite* ». Les résultats rappellent cette idée de don que les personnes font lorsqu'elles accordent leur confiance et la seconde réponse la plus répandue contient le terme de mérite qui appelle la notion de gain.

4.3.9 Un problème de confiance ?

Pour mieux cerner la relation de confiance entre le cadre et les agents, j'ai souhaité savoir s'ils avaient déjà perdu confiance dans leur encadrement et si cela était le cas, de quoi cette perte de confiance était-elle issue. Les réponses étaient sous forme de texte libre pour ne pas influencer les réponses.

- oui
- non



Synthèse des résultats.

On remarque que plus des $\frac{3}{4}$ de la population interrogée n'a pas ressenti de perte de confiance dans l'encadrement. Pour les agents ayant vécu ce genre de situation, les critères les plus prégnants ont été l'injustice et la malhonnêteté¹³⁶.

5 Analyse des résultats

A l'issue de mes enquêtes, il me paraît pertinent de confronter d'une part les résultats des questionnaires avec les résultats des entretiens. Je mettrai ensuite en tension les résultats de l'enquête avec mes hypothèses et je terminerai par une synthèse finale.

¹³⁶ Annexe 5 : verbatim sur la perte de confiance

5.1 Analyse croisée de l'enquête

L'enquête de terrain a mis en lumière une certaine différence entre ce que pensent les cadres en termes de management et ce qu'attendent les soignants. En effet, la notion de compétence est prégnante chez les soignants alors qu'il n'y a aucun cadre qui a soulevé ce critère lors des entretiens.

Les soignants attendent des cadres qu'ils soient avant tout professionnels et qu'ils prennent leur responsabilité dans les situations managériales au quotidien. La notion de responsabilité est cependant peu apparue lors des entretiens auprès des cadres. En revanche, les deux parties s'accordent sur le fait que l'équité et l'honnêteté sont essentielles dans le management.

La proximité est aussi une notion que les soignants et les cadres s'accordent à mettre en valeur dans les relations professionnelles. Pourtant les soignants ne sont que 10% à qualifier leur relation, avec le cadre, de proche.

Sur la question des situations de travail difficiles et de prise de position du cadre, c'est l'équité qui est le principe que les cadres et les soignants s'accordent à mettre en valeur. La notion de justice et de justesse est très présente dans les entretiens auprès des cadres de santé et c'est aussi ce que les soignants mettent en avant dans leur expérience professionnelle. Je noterai aussi que la notion de compétence fait de nouveau surface dans ce que les soignants attendent d'un cadre dans les situations de travail complexes. Le principe d'autorité fait apparition dans ce qu'attendent les soignants d'un cadre de santé qui se positionne. En revanche, pour les cadres interrogées, l'autorité n'apparaît jamais dans les termes employés sauf pour une cadre qui exprime avoir fait preuve d'autorité à son arrivée sur un poste et pour qui cela a été délétère. Dans la situation où les cadres ne réussissent pas à se positionner dans la difficulté, les soignants qui ont répondu à cette question remettent l'équité comme un réel moyen pour le cadre de se positionner et y ajoutent l'exemplarité. Cette notion est explicitée chez une des cadres interrogées lorsqu'elle évoque l'une des principales qualités que le cadre doit mobiliser pour manager.

Sur le sujet de la représentation de la confiance dans la relation soignants / cadres, les soignants ont répondu en majorité sur deux définitions. La première est celle qui définit la confiance comme un sentiment qui se mérite. On retrouve cette idée chez les cadres de santé pour qui la confiance est un construit et qui demande d'être entretenu par des actes au quotidien. Pour les cadres, les preuves permettent d'obtenir la confiance et donc de la mériter. La seconde définition retenue par les soignants est celle qui explique que la confiance est la place que l'on donne à quelqu'un dont on est sûr. Cette idée de « *place donnée* » me renvoie à cette quête, pour les cadres, de légitimer leur place de cadre et qui ressort lors des entretiens.

Je conclurai cette analyse croisée par le fait que globalement, les soignants et les cadres se retrouvent dans la plupart des valeurs et des critères requis pour construire des relations de confiance et de travail qui soient sereines. Pourtant la notion de compétence apparue comme primordiale chez les soignants montre qu'il y a ici un écart entre les attentes des uns et les représentations des autres. Selon les soignants, la compétence est le premier critère que doit posséder un cadre pour manager, se positionner et décider. De plus l'autorité est aussi attendue d'une partie des soignants. Cet écart me paraît intéressant dans la réflexion sur les représentations que peuvent avoir les cadres sur leur profession. La confrontation des résultats et de mes hypothèses vient ici en renfort de ma recherche et me permettra, à mon tour d'avoir cette réflexion sur mes propres représentations.

5.2 Mise en tension des hypothèses et des résultats

Afin de pouvoir estimer si mes hypothèses sont vérifiables, je vais dans cette partie mettre en tension ce que disent les cadres et les soignants afin de pouvoir les affirmer ou les infirmer.

5.2.1 Hypothèse 1 : La proximité du cadre de santé est un levier de son éthique managériale

La proximité qui caractérise le cadre en unité de soin est considérée par 3 des cadres interrogées comme un véritable levier managérial en général. Pourtant, je dirai que mon hypothèse n'est pas confirmée par les cadres car seule C1 met en avant que la proximité qui s'opère entre le cadre et les soignants est un levier de l'éthique managériale. En ce sens, C1 explique que cette proximité physique et relationnelle augmente la justesse du cadre. Via la connaissance importante des soignants, de leurs pratiques et de leur vécu sur le terrain, le cadre a des outils pour être plus juste dans ses choix et ses prises de décisions.

A contrario, 2 des cadres infirment totalement cette hypothèse. Pour C3 et C5, il doit y avoir une mise à distance dès le départ afin, justement, de ne pas être influencé dans ses choix, au risque de ne pas avoir un comportement et un management éthique. Les principes éthiques de justice et d'exemplarité peuvent alors être biaisés par une trop grande proximité.

Ma première hypothèse est plutôt confirmée par les soignants. En effet, selon eux, la proximité d'un cadre de santé revêt des caractéristiques éthiques telles : la confiance et la responsabilité. Cependant, pour les soignants, la proximité est surtout un juste équilibre entre des qualités professionnelles et humaines du cadre, une façon d'être, un positionnement, mais ce n'est pas en premier lieu ce qui permet au cadre d'être éthique.

5.2.2 Hypothèse 2 : Le management éthique permet d'instaurer la confiance entre le cadre et les soignants

Le terme d'éthique n'apparaît pas dans les entretiens, pourtant il est en filigrane derrière les différents principes énoncés par les cadres interrogées. Ainsi, je peux dire que ma seconde hypothèse est confirmée par l'ensemble des cadres. En effet, même si le terme n'est pas explicité, les principes éthiques sont énoncés tout le long des entretiens et permettent, pour les cadres, la construction de la confiance dans la relation avec les soignants. Je relève que les cadres mettent en avant qu'être juste et honnête sont les prérequis pour que la confiance s'installe. Un management éthique serait donc bien une base de la confiance au travail.

Les réponses des soignants montrent qu'ils ont, en majorité, une relation de confiance avec leur cadre. J'en déduis alors que la confiance est un véritable critère relationnel dans le travail au quotidien des soignants. Les soignants ont été peu à mettre en avant des difficultés liées à la confiance avec leurs cadres. Ceux qui y ont répondu ont mis en avant que les problèmes étaient liés à de l'injustice et de la malhonnêteté de la part du cadre de santé. Ainsi, par ces principes soulevés, les soignants confirment de ce fait qu'un management éthique instaure une relation de confiance entre le cadre et les soignants.

5.3 Synthèse en lien avec la théorie

L'enquête de terrain me permet donc de confirmer l'hypothèse 2 selon laquelle : **un management éthique permet d'instaurer la confiance entre les cadres et les soignants**. La définition de la confiance qui, je le rappelle, est selon le CNRTL : « *Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle, d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence* », admet des principes éthiques dans ce qui la fonde. Christophe Dejourn, en se posant la question de ce qu'est la confiance, confirme ce lien entre éthique et confiance¹³⁷. Il explique que de répondre à cette question, c'est d'abord répondre à une question éthique plutôt que de psychologie. Je relève ici que l'enquête du côté des cadres met en valeur ce lien entre confiance et éthique. Ce lien est verbalisé par les termes d'honnêteté, de justice et de respect d'autrui pour les cadres et ce sont les notions de compétence et d'équité que les soignants désignent dans ce qu'ils pensent être les critères d'un management exemplaire.

¹³⁷ Dejourn.C. Gernet.I. *Travail, subjectivité et confiance*. Nouvelle revue de psychosociologie. janvier 2012. n° 13. p. 75-91

J'irais plus loin en disant que le management éthique est la base de la confiance au travail mais qu'il ne doit pas être qu'une base. En effet, il faut faire vivre cette éthique au fil du temps et des situations. La confiance est un construit qui s'entretient. L'enquête a montré que, pour les cadres et les soignants, les actes sont les preuves qui permettent à la confiance de s'entretenir.

L'éthique se concrétiserait alors par le biais d'actions, ce qui me renvoie ici au « walk to walk »¹³⁸. En effet, agir en cohérence avec ses paroles est pour l'ensemble des cadres mais aussi des soignants, une preuve d'honnêteté et d'exemplarité comportementale, et finalement, une preuve éthique.

En termes de preuve, l'argumentation a largement été mise en avant dans ce que mettent en place les cadres lorsqu'il agissent. Pour eux cette argumentation permet de donner du sens aux actes et de consolider leur prise de décision. Pourtant, il existe un risque qui serait celui de trop en dire et de tomber dans la justification. La justification ne donne pas de sens à l'action mais cherche à convaincre. C'est une épreuve de force et un moyen coercitif d'amener l'autre à nous suivre. En se perdant dans la justification, le cadre perd la confiance de ses interlocuteurs qui ressentent ce moyen de pression implicite et perd alors en crédibilité et donc, en légitimité.

La légitimité a été mise en évidence par plusieurs des cadres interrogées. La recherche de légitimité est avant tout un moyen de trouver sa place dans le groupe. Plusieurs cadres ont évoqué le fait qu'elles se sont lancées dans de nombreux projets. Ici, je mettrai cette idée en lien avec le « monde projet » dans lequel L.Boltanski et E.Chiapello placent les cadres aujourd'hui¹³⁹. Ce monde, auxquels les cadres appartiendraient, serait alors le moyen de légitimer leur place et mettrait en lumière leurs compétences de manager. Pourtant, l'une des cadres interrogées a préféré prendre la direction de l'autorité pour légitimer sa place mais l'a utilisée comme un moyen coercitif et non comme du leadership démocratique.

L'autorité comme pouvoir d'agir sur autrui est, pour C. Dejours, « *conférée par le bas* »¹⁴⁰. En ce sens, elle est fondée sur la reconnaissance qu'ont les personnes sur qui est exercée cette autorité et non sur le statut. C'est donc la reconnaissance du cadre par les soignants qui légitime cette autorité et le cadre ne peut la faire valoir que par ce moyen. Pour être reconnu le cadre met en place un comportement qui serait alors, au regard de l'enquête, basé sur des principes éthiques et des compétences.

La compétence, est un critère cité de nombreuses fois par les soignants mais le terme ne ressort pas dans les entretiens auprès des cadres. Pourtant, il apparaît clairement que ce sont belles et bien leurs compétences qui sont mises en situation lors de leur management. La communication apparaît, dans les entretiens, comme un élément essentiel de leur fonction et les place en qualité d'émetteur mais aussi de récepteur. L'écoute est souvent citée par les cadres et les soignants et c'est bien là une des compétences communicationnelles qui est mise en valeur.

Au regard de l'enquête, la proximité n'apparaît donc pas comme constructrice d'un management éthique. Pour les cadres en particulier, elle est plutôt un frein si elle est mal dosée. Seul l'une des cadres interrogées met en avant la proximité qui lui permet d'être plus éthique en étant au plus juste de la réalité du terrain et des besoins. Le terme de proximité est pourtant constitutif de la profession et reste le meilleur moyen d'entrer en relation. Le cadre de santé ne peut donc pas s'en départir. L'idée que la proximité est un frein à l'éthique du cadre fait naître une nouvelle notion qui serait plutôt de l'ordre de la juste distance. Ici on retrouve l'adjectif juste qui serait alors plus pertinent pour faire vivre les principes éthiques dans le management.

¹³⁸ Boffa-Comby.P. L'exemplarité aux sources du leadership. L'Expansion Management Review. Janvier 2012. n° 144. p. 90-95. En ligne <https://www.caim.info/>

¹³⁹ Boltanski.L. Chiapello. E. Le nouvel esprit du capitalisme, Gallimard. Paris. 1999. p.187-p 188

¹⁴⁰ Dejours.C. Gernet.I. Travail, subjectivité et confiance. Nouvelle revue de psychosociologie. Janvier 2012. n° 13. p. 75-91

5.4 Freins et leviers de la recherche

Les limites de ce travail se situent, pour moi, aussi bien dans les recherches d'apports théoriques que dans la construction de l'enquête de terrain.

Dans la recherche d'apports théoriques, la plus grande difficulté a été pour moi de saisir les idées qui illustraient réellement mon questionnement. J'ai été tentée de mettre en avant des idées d'auteurs qui me paraissaient très intéressantes mais qui ne nourrissaient pas mes propos. Le choix du thème s'est fait très rapidement mais appelait un questionnement large et les recherches théoriques faisaient naître, au fil du temps, encore plus d'interrogations. Synthétiser des idées d'auteurs en n'en abimant pas le sens et surtout en restant objectif a été un frein dans ma recherche.

La construction de l'enquête a été un vrai challenge. Après avoir choisi d'enquêter auprès des cadres via des entretiens et auprès des soignants via un questionnaire, il fallait que je sois cohérente dans ce que je leur demandais et que cela puisse me servir pour étayer ma recherche. Mon inexpérience en termes de conduite d'entretien m'a empêchée, parfois, d'emmener les cadres interrogées sur des terrains que je souhaitais explorer. Avant de mener l'enquête, je trouvais mon questionnaire bien construit mais a posteriori, je m'aperçois que les questions fermées sont beaucoup plus faciles à traiter que lorsqu'il y a le choix du texte libre. Pourtant, il me paraissait important de laisser la liberté aux soignants de s'exprimer mais peut-être pas sur les questions essentielles à mon thème telles la confiance et la proximité.

Dans mes recherches théoriques, les leviers que j'ai pu avoir se sont principalement retrouvés au niveau de l'accompagnement que j'ai eu auprès de ma directrice de mémoire qui m'a recentré plus d'une fois sur le thème et aussi en discutant avec les autres étudiants sur leur méthodologie de recherche.

Concernant mon enquête de terrain les leviers ont été clairement les personnes interrogées. Les cadres étaient toutes motivées et le sujet les touchait, ce qui m'a beaucoup aidée. Enfin, les soignants ont été aussi très aidants en répondant en majorité de façon sérieuse aux questionnaires, ce qui m'a facilité le travail de synthèse.

Conclusion

L'intérêt de ce travail se situe tout d'abord dans les apports concrets qu'il a pu m'apporter. En effet, les situations d'appels que j'ai choisies, comme point de départ pour ce travail de recherche, sont des situations que je pourrais rencontrer de nouveau lors de mes futures fonctions, car la proximité des professionnels dans les établissements de petites villes de province est une réalité.

Réfléchir sur ce sujet m'a alors permis de mettre en valeur le principe d'éthique, cher aux personnes qui ont été enquêtées. Ainsi, pour que ce travail soit encore plus au service de ma future fonction, j'ai cherché à comprendre ce que les professionnels mettaient derrière ce mot « éthique » et comment ils en faisaient vivre les principes au quotidien.

L'éthique managériale ressort alors de cette recherche comme une véritable ligne de conduite dans la mise en place de relations de travail sereines. Les résultats de l'enquête ont montré que c'est via ce principe de conduite que la confiance se crée mais pressent qu'elle n'est jamais acquise et qu'elle s'entretient.

Ce travail m'a aussi permis de faire évoluer mes représentations et de mettre en exergue trois nouvelles données.

La première a été le concept d'autorité que j'avais recherché au préalable, comme étant évident dans le management, mais qui ressort quasiment absent des entretiens auprès des cadres. A contrario, ce sont les soignants qui font apparaître ce concept dans qu'ils pensent être nécessaire, pour un cadre de santé, dans la gestion de situations complexes.

La seconde a été le principe de hiérarchie qui existe entre le cadre et ses supérieurs. En effet, cette hiérarchie et les relations qui s'y jouent ont un réel impact auprès des cadres de santé. Au décours du travail, j'ai pensé la hiérarchie uniquement comme lien qui unissait le cadre aux soignants. Pourtant, ce sont les enquêtes qui m'ont fait découvrir l'importance et l'ampleur des relations de travail du cadre, dont sa propre hiérarchie fait partie intégrante et joue un rôle déterminant dans son positionnement.

Enfin, la notion de compétence qui finalement est prégnante chez les soignants n'est pas apparue explicitement au décours des entretiens auprès des cadres mais j'ai compris que c'était pourtant la mobilisation de leurs compétences qui leur permettaient d'obtenir la confiance des soignants.

Ce travail de recherche a donc présenté un véritable intérêt pour mes futures fonctions car, s'il n'a pas pour but d'apporter des réponses, il a malgré tout été un moyen de m'en approcher. Je retiens que, quelque soient les relations que le cadre de santé entretient avec les professionnels de santé qui l'entourent, la proximité est une évidence mais elle est avant tout une réflexion à avoir en situation. Cette proximité est peut-être alors à transformer en juste distance. En ce sens, pouvoir être suffisamment proche pour être reconnu et obtenir la confiance mais suffisamment loin pour rester éthique dans son management.

Enfin, si ce travail peut-être une façon de penser le positionnement du cadre lorsqu'il y a des relations de proximité personnelles entre lui et des membres de l'équipe, que ces relations sont pour lui un risque de manquer à son éthique managériale, je retiendrais l'idée de Christophe Dejours selon laquelle le cadre de santé incarne « *un chef qui, même dans la phase d'incarnation doit maintenir fermement l'écart entre sa personne et l'autorité dont il n'est que le dépositaire* »¹⁴¹.

¹⁴¹ Dejours C. *Entre inégalités individuelles et coopération collective : la question de l'autorité* « in » Jouan M. Laugier S. *Comment penser l'autonomie : Entre compétences et dépendances*. PUF. Paris. 2009. p.291-313.

Bibliographie

Articles :

Boffa-Comby P. *L'exemplarité aux sources du leadership*. L'Expansion Management Review. Janvier 2012. n° 144. p. 90-95.

Consulté le 24/04/2017.

Disponible : <https://www.cairn.info/>

Coulon R. *Cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion*, Les Cahiers du FARGO, n° 1110604. Juin 2011

De Bry. F. *Concept d'éthique : l'éthique au cœur du management*, Management & Avenir. Juin 2008. n° 20. p. 102-114.

Consulté le 30/04/2017.

Disponible : <https://www.cairn.info/>

Dejours C. Gernet.I. *Travail, subjectivité et confiance*. Nouvelle revue de psychosociologie, janvier 2012. n° 13. p 75-91

Marzano M. *Qu'est-ce que la confiance ?*. Études. Janvier 2010. Tome 412. p. 53-63.

Ouzilou O. *Nilas Luhmann, La confiance, un mécanisme de réduction de la complexité sociale*. Interrogations ? Décembre 2009. n°9.

Consulté le 17/03/2017.

Disponible : <http://www.revue-interrogations.org>

Roche P. *Les défis de la proximité dans le champ professionnel*, Nouvelle revue de psychosociologie janvier 2007. n° 3. p. 63-82

Stanislas J-L. *L'identité professionnelle en question*, Objectif Soins 2012, n°206

Vaidis D. *Attitude et comportement dans le rapport cause-effet : quand l'attitude détermine l'acte et quand l'acte détermine l'attitude*. Linx. Revue des linguistes de l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense. n° 54. 2006.

Consulté le 24/03/2017

Disponible : <https://linx.revues.org/>

Extraits de livre :

Arendt H. *La crise de la culture*. Gallimard. Paris. 1989. p127-133

Boltanski L. Chiapello E. *Le nouvel esprit du capitalisme*, Gallimard. Paris. 1999. p.187-p 188

Dejours C. *Entre inégalités individuelles et coopération collective : la question de l'autorité* « in » Jouan M. Laugier S. *Comment penser l'autonomie :Entre compétences et dépendances*. PUF. Paris. 2009. p.291-313.

Consulté le 05/05/2017. Disponible : <http://www.cairn.info>

Hardin R. *Communautés et réseaux de confiance : Les Moments de la confiance*, Economica. Paris. 2006. p. 91.

Northouse P-G. *Leadership, Theory and Practice*. Edition Française Broché. Paris. 2015. p241

Ricoeur P. définition de l'éthique. « In » Canto-SperberM. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. PUF. Paris. 2004. p683-686

Ricœur P Greisc J. Kearney R. *Les métamorphoses de la raison herméneutique : actes du colloque de Cerisy-la-Salle, 1er-11 août 1988*. Cerf. Paris. 1991. p 340

Simmel G. *Sociologie. Etude sur les formes de la socialisation*. PUF. Paris. 1999. p355

Blanchet A. Trognon. A. *La psychologie des groupes*. Armand Collin. Paris. 2008. p 48-56

Ouvrages :

Boltanski L. Thévenot L. *De la justification. Les économies de la grandeur*. Gallimard. Paris. 2009. 496 pages

Crozier M. Friedberg E. *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective*. Seuil. Paris. 1981. 478pages

Deslandes G. *Le management éthique*. Dunod. Paris. 2012. 134pages

Dubar C. *La socialisation : Construction des identités sociales et culturelles*, Armand Colin, 4e édition. 2010. 256pages

Houssaye J. *Pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui*. ESF. Paris. 2009. 351pages

Luhmann N. *La confiance, un mécanisme de réduction de la complexité sociale*. Economica. Paris. 2006. 123pages

Mintzberg H. *Le manager au quotidien- les dix rôles du cadre*. Editions-Organisations. 2ème édition. Paris. 2016. 283 pages

Sainsaulieu R. *L'identité au travail, les effets culturels de l'organisation*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques. 4ème édition 2014.

Textes et documents officiels :

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé ; journal officiel n°193 du 20 août 1995

Consulté le 15/12/2016.

Disponible : www.legifrance.gouv.fr

Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

Consulté le 03/01/2017.

Disponible : www.legifrance.gouv.fr

Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016, code de déontologie des infirmiers,

Consulté le 03/03/2017.

Disponible : www.legifrance.gouv.fr

Plan hôpital 2007, Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

Consulté le 03/01/2017.

Disponible : www.legifrance.gouv.fr

Référentiel d'activités et de compétences des cadres de santé, document de travail, Ministère des Affaires sociales et de la santé, décembre, Direction Générale de l'Offre de Soins, décembre 2012

Consulté le 03/01/2017.

Disponible : <http://www.ancim.fr>

Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie.

Consulté le 05/03/2017.

Disponible : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>

Webographie :

Bibliothèque numérique google.livre

Consulté le 03/05/2017

Disponible : <https://books.google.fr/>

CNRTL. *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.*

Consulté le 10/05/2017

Disponible : <http://www.cnrtl.fr/>

RSE. *Commission de l'éthique en science et en technologie*

Consulté le 05/05/2017

Disponible : <http://www.ethique.gouv.qc.ca>

La relation. *Concept et sens-Le dico des définitions.*

Consulté le 28/04/2017

Disponible : <http://lesdefinitions.fr>

Desbonnets. T. *La cadrature de la déontologie.* 2007. Cadre de santé.com

Consulté le 03/03/2017

Disponible : www.cadredesante.com

Desbonnets.T. *Triangle soignant, triangle de la cadrature.* 2009. Cadre de Santé.com

Consulté le 05/03/2017

Disponible : www.cadredesante.com

Dictionnaire de français numérique le Larousse.

Consulté le 09/05/2017

Disponible : <http://www.larousse.fr/>

Dictionnaire Littré,

Consulté le 05/05/2017

Disponible : <http://www.littre.org>

Le labo de la confiance. *Confiance, méfiance et défiance.*

Consulté le 10/03/2017

Disponible : <http://www.lalabodelaconfiance.fr>

Phaneuf.M. *La reconnaissance du personnel - une nécessité pour la qualité des soins.* Avril 2013.

Consulté le 14/12/2016

Disponible : <http://www.prendresoins.org>

Cours

Dumond J.P. *La théorie de l'action organisée.* Cours du 02/11/2017. Université Paris Est Creteil (94)

Le Gal. M. *La notion de compétence, du concept à l'opérationnalisation.* Cours du 14 septembre 2016. Ecole Supérieure Montsouris. Creteil (94)

Table des annexes

Annexe 1 : Charte d'encadrement du CH de Hyères

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des mondes de Boltanski et Thévenot

Annexe 3 : Grille d'entretien cadre

Annexe 4 : Questionnaire équipe soignante

Annexe 5 : Verbatim des soignants sur la perte de confiance

Annexe 1
Charte d'encadrement du CH de Hyères

1 Notre définition de l'encadrement

VALEUR « Organiser »

- Anticiper et planifier les projets et les actions.
- Réaliser sa mission et ses finalités.
- Structurer, articuler et répartir les missions.
- Atteindre un but.

VALEUR « Donner du sens »

- Expliquer l'importance, la place et la complémentarité de chacun.
- Agir conformément aux valeurs et aux objectifs de la collectivité.
- Procurer de la satisfaction.
- Percevoir son travail positivement pour y trouver du sens et de la motivation.
- Sentiment d'appartenance à un groupe, à un établissement.

VALEUR « Management d'équipe »

- Savoir identifier son style de management, se positionner et être leader tout en sachant stimuler l'esprit d'équipe.
- Savoir déléguer et formuler les consignes de façon précise.
- Respecter et faire respecter les règles communes de fonctionnement de la collectivité.
- Avoir le sens de l'écoute, de l'empathie et des relations humaines.

2 Nos valeurs au travail

VALEUR « Respect »

- Reconnaître le travail des collaborateurs avec considération, déférence et égard, individuellement et/ou collectivement.
- Respecter la prise de position du collaborateur, accepter l'altérité, reconnaître les erreurs et savoir changer d'avis en particulier lors de l'évaluation.
- Prendre connaissance du travail demandé tout en respectant le temps, l'organisation des collaborateurs.
- Dialoguer par oral et/ou écrit en respectant l'interlocuteur afin de trouver des solutions.
- Associer les collaborateurs à des réunions et/ou formations.

VALEUR « Équité »

- Accorder de l'attention à chaque collaborateur, et veiller à ce qu'il trouve un intérêt dans les missions qui lui sont confiées.
- Répartir justement le travail entre les collaborateurs en procédant à des ajustements sur le rythme et/ou les moyens.
- Construire une voie de progrès pour chaque collaborateur, valoriser les différences et les complémentarités avec impartialité et justice.
- Savoir reconnaître les réussites individuelles comme les réussites collectives.
- Tenir compte des collaborateurs en difficulté et rechercher ensemble des solutions adaptées.

VALEUR « Conscience professionnelle »

- Respecter les règles communes de l'institution.
- Être force de proposition pour permettre la prise de décision, l'assumer et en être solidaire.
- Assumer les dysfonctionnements de son service sans transposer ces difficultés, alerter en cas de problème et proposer des solutions.
- Faire preuve de professionnalisme et de conscience morale pour avoir le sentiment du « travail bien fait », soit que l'on porte à son travail, à faire son métier dans le respect des normes et procédures.
- Savoir porter un jugement de valeur sur ses propres actes avec le sens du devoir et de l'engagement.

3 Notre vision du service public

VALEUR « Égalité des soins »

- Répondre aux demandes du public de manière équitable sans porter de jugement (quelque soit le sexe, l'âge, les mœurs, la religion, l'origine, la pathologie...).
- Être réactif face aux situations de crise ou d'urgences.
- Respect de la charte du patient hospitalisé.

VALEUR « Continuité des soins »

- Assurer dans le temps la continuité des actions pour conserver la qualité du service attendu.
- Organiser les activités pour répondre aux besoins des patients 24h/24h.

VALEUR « Respect du patient »

- Charte du patient hospitalisé : confidentialité, dignité, sécurité, intime.

L'ensemble des encadrants du Centre Hospitalier de Hyères, toutes spécialités confondues, a rédigé et adhère à la présente Charte.

Annexe 2
Synthèse des différentes cités de Boltanski et Thévenot

	Cité inspirée	Cité domestique	Cité de l'opinion	Cité civique	Cité marchande	Cité industrielle
Valeurs de référence	Inspiration, création, imagination, intériorité	Tradition, famille, hiérarchie	Réputation, renommée	Collectivité, démocratie, monde associatif	Concurrence, rivalité	Efficacité, science
Caractéristiques valorisées (état de grand)	L'insolite, la passion, le merveilleux, la spontanéité, l'émotion	La bienveillance, la bienséance, la distinction, la discrétion, la fidélité	La célébrité, la visibilité, la mode, le fait d'être remarqué, d'avoir du succès	Solidarité, équité, liberté	La désirabilité, la "gagne", la valeur, le fait d'être "vendable"	La performance, la fiabilité, la fonctionnalité, la validité scientifique
Caractéristiques dévalorisées (état de petit)	L'habitude, les signes extérieurs, le réalisme	L'impolitesse, la vulgarité, la trahison, la nouveauté	La banalité, l'indifférence, le méconnu, la désuétude	La division, l'individualisme, l'arbitraire, l'illégalité	La défaite, l'indésirable, le fait de ne pas être compétitif	L'improductivité, l'inefficacité
Sujets valorisés	L'artiste, l'enfant, la fée, le fou, le génie, l'illuminé	Le père, le roi, le patron, l'"Ancien"	La vedette, le chargé de communication, le peuple	Le Parti, l'Elu, le représentant, le délégué	Le businessman, le vendeur, le "battant"	L'expert, le professionnel, l'opérateur
Epreuves modèles	La création à partir d'une feuille blanche, l'aventure intérieure, le vagabondage de l'esprit	Les cérémonies familiales, les réceptions	Le regard des autres sur un événement	L'élection, la manifestation	Le marché, la conclusion d'une affaire	Le test, la réalisation

Annexe 3
Trame d'entretien cadre

1) Depuis combien de temps êtes-vous cadre ? Depuis combien de temps dans cette unité ?	
2) Considérez-vous que vous soyez un cadre proche de son équipe ?	
• Si oui , comment s'exprime cette proximité ?	
• Sinon , pouvez-vous me parler de cette distance ? (pourquoi, comment...)	
3) Connaissiez-vous des membres de l'équipe à votre prise de poste ?	
4) Quelle posture avez-vous adoptée à votre arrivée ?	
5) Quel est pour vous la difficulté majeure que vous ayez rencontré en termes de management d'équipe ?	
6) Qu'est ce qui permet, selon vous, d'instaurer une relation sereine entre vous et l'équipe ?	
7) Vos décisions sont-elles, en général, facilement acceptées ?	
• Si oui , quel est l'élément facilitant ?	
• Sinon , quel est le facteur limitant ?	
8) Pouvez-vous me donner la qualité principale qu'un cadre de santé doit posséder pour manager une équipe ?	
9) Pensez-vous qu'une relation de confiance mutuelle existe entre vous et l'équipe ? Entre vous et la hiérarchie ?	

Annexe 4
Questionnaire à l'attention des équipes de soin

Je suis actuellement étudiante à l'institut de formation des cadres de santé Montsouris (Creteil 94) et je travaille mon mémoire de fin d'année dont le thème général se porte sur la relation entre les équipes soignantes et les cadres de santé. Afin de mener à bien mes recherches, je souhaiterais que vous puissiez m'aider en ce sens, en répondant à ce questionnaire. Le questionnaire est anonyme et je vous remercie de l'attention que vous lui porterez.

La relation avec votre cadre :

Diriez-vous que c'est une relation : (Cochez une à deux réponses maximum)

- Proche
- Distante
- De confiance
- De méfiance
- De défiance
- Sereine
- Conflictuelle
- Neutre

En une phrase pouvez-vous qualifier ce que représente pour vous un cadre de proximité :

.....
.....

Choisissez et classez 3 critères **prioritaires** qu'un cadre de proximité doit posséder :

Compétence	
Honnêteté	
Proximité relationnelle	1 ^{ère} :
Présence physique	
Autorité	
Justice /équité	2 ^{ème} :
Reconnaissance	
Expertise	
Digne de confiance	3 ^{ème} :
Sympathie	
Exemplarité	
Expertise en soin	
Empathie	
Charisme	

En cas de difficulté ou de conflit dans votre travail

La posture du cadre de santé est- elle aidante ?

- Toujours Souvent Parfois Jamais
-

Citez un des critères (du tableau p1) mobilisé par le cadre dans cette situation :

.....

Annexe 4

Questionnaire à l'attention des équipes de soin

Si « jamais », citez, pour vous, le critère essentiel (du tableau p 1) que le cadre devrait avoir dans cette situation :

.....
Pour vous la confiance c'est tout d'abord : *(cochez une réponse)*

- Un sentiment de sécurité
- Le crédit accordé à quelqu'un
- La place donnée à quelqu'un dont on est sûr
- Ce qui fait que l'on confie des responsabilités à une personne plus qu'à une autre
- Un sentiment qui se mérite

Avez-vous vécu une perte de confiance dans votre encadrement ?
(Si oui, expliquez en quelques lignes en quoi cela s'est manifesté).

.....
.....
.....
.....

. Vous êtes :
(Cochez la case)

Tranche d'âge :

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50 et plus

Sexe :

- H
- F

Profession :

- Infirmière
- Aide-Soignante
- Agent de Services Hospitaliers

Ancienneté dans le milieu de la santé :

Le nombre de soignants (approximatif) dans votre équipe :

Annexe 5
Verbatim sur la perte de confiance

Détail des réponses

Destinataires	Réponses
ehpad 9	non
ehpad 1	oui Commentaires : quand aucune solution ni réponse pour le confort de l'équipe
ehpad 3	oui
ehpad 4	non
ehpad 5	non
ehpad 6	non
ehpad 7	non
ehpad2	oui Commentaires : injustice pas d'autorité
femme	non
femme 10	non
femme 11	non
femme 12	non
femme 13	non
femme 3	non
femme 4	non
femme 5	non
femme 6	oui Commentaires : malhonnêteté et inéquité dans le comportement et les paroles
femme 7	non
femme 8	non
femme 9	non
femme(2)	oui Commentaires : pas de soutien
femme13	non
mat 2	non
mat 3	non
med 10	oui Commentaires : quand ne tient pas sa parole
med 11	non
med 2	non
med 3	oui Commentaires : changement de cadre
med 6	oui Commentaires : manque d'empathie et de considération des soignants suite à une agression
med 7	non
med 8	non
med 9	non
med1	non
med4	non
pedia 1	non
pedia 2	non
pedia 3	oui Commentaires : envers les puericultrices
pedia 4	non
pedia 5	non

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@16-17

MEMOIRE

Le management éthique : curseur de la confiance pour le cadre de proximité

Jennifer ASSABOUH

MOTS CLÉS

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Relation • Éthique • Décision | <ul style="list-style-type: none"> • Proximité • Confiance • Management |
|---|--|

KEY WORDS

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Relationship • Ethic • Decision | <ul style="list-style-type: none"> • Proximity • Confidence • Management |
|---|---|

RÉSUMÉ

Dans les relations en général, la confiance est un indicateur de qualité. Le cadre de santé, responsable d'une unité de soin exerce, certes une profession hiérarchique, mais aussi de relation auprès de l'équipe qu'il encadre. Son statut de responsable l'engage alors à faire respecter ses décisions et à posséder une éthique managériale auprès des soignants. A l'issue de deux situations de conflits managériaux, je me suis demandée en quoi la posture éthique du cadre de santé peut-elle être un levier de la confiance au travail ?

Après une recherche conceptuelle traitant des orientations de la problématique, une enquête par questionnaire a été effectuée auprès de la population soignante de deux établissements de soin, puis 5 entretiens ont été menés auprès de cadres de santé sur le thème de la confiance au travail.

Les résultats obtenus montrent que pour les soignants, la confiance est un critère majeur dans leur relation avec la hiérarchie mais qu'elle ne peut exister que si le manager est juste et honnête. Aussi, l'autorité est un critère sécurisant pour les soignants lorsqu'il y a une situation critique. Du côté des cadres, l'honnêteté et l'équité paraissent être les valeurs phares pour instaurer la confiance au sein de leur équipe.

Cette recherche me fait penser que le « management éthique » est un moyen de parvenir à la confiance au travail, la confiance étant le fondement des relations interpersonnelles.

ABSTRACT

Usually, in relationships, trust is a quality measure. A care unit nurse managers have certainly a hierarchical position, but also should have relationship with the team who they manage. Their position of responsibility leads them to enforce their decisions and to manage health professionals ethically. After two managerial conflict situations, I wondered how the ethical stance of the nurse manager can be a tool to develop trust in workplace?

After a conceptual research dealing with the orientations of the issue, I set up a questionnaire survey was carried out with two health care institutions with health professionals, then 5 interviews were conducted with nurse managers on the topic of trust at work.

The results show that for health professionals, trust is a major factor in their relationship with the hierarchy but it can exist only if the managers are fair and honest. Also, the authority is a criterion that is safe for the health professionals when there is a critical situation. For nurse managers, honesty and fairness appear to be the key values for building trust within his team.

This research makes me think that "ethical management" is a means to gain trust at work, as trust is the foundation of interpersonal relationship.